

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**Cuidar da Criança e Família em Contexto Cirúrgico:**  
**Intervenção de Enfermagem na Gestão dos Medos**  
**Vividos no Período Pré-Operatório**

**Ana Catarina Miranda Santos**

**Lisboa**

**2019**

Three large, stylized green swooshes or waves that originate from the bottom right corner and sweep upwards and to the left, partially overlapping the text 'Lisboa' and '2019'.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**Cuidar da Criança e Família em Contexto Cirúrgico:**  
**Intervenção de Enfermagem na Gestão dos Medos**  
**Vividos no Período Pré-Operatório**

**Ana Catarina Miranda Santos**

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Fui mostrar a minha obra-prima às pessoas grandes e  
perguntei-lhes se o meu desenho lhes metia medo.”*

*As pessoas grandes responderam: “Como é que um chapéu  
pode meter medo?”*

*O meu desenho não era um chapéu. O meu desenho era  
uma jibóia a digerir um elefante.”*

Saint- Exupéry, A. (1943). *O Príncipezinho*

## **AGRADECIMENTOS**

Mãe e Estrelinha no Céu obrigado por estarem sempre comigo.

A ti, Tiago, não existem palavras para descrever o apoio, compreensão, incentivo mesmo quando achava que já era impossível.

Paula, João e Ana obrigado por todo o apoio e almoços de fim de semana.

À Professora Doutora Paula Diogo pela orientação, incentivo, partilha de conhecimentos, disponibilidade e compreensão em todo este percurso.

A todos os colegas do 8º Curso de Mestrado, sem vocês este percurso não tinha sido o mesmo, obrigado por todos os momentos de partilha e convívio.

Às novas amigas que foram contruídas com o desenrolar deste percurso, Carolina e Filomena, obrigado pelo vosso apoio.

Aos meus amigos que tiveram toda a paciência do mundo comigo, abdicando muitas vezes de tempo juntos.

À Andreia pela partilha, paciência, incentivo e inúmeras correções.

Ao Lado Negro da Força, obrigado pela motivação dada ao longo de todo o processo em especial o empurrão que faltava para acabar este percurso.

Aos meus colegas de serviço e chefia pela ajuda e disponibilidade durante este percurso formativo.

A todas as enfermeiras orientadoras dos vários contextos, obrigado pela partilha de conhecimentos, pelas palavras de sábias e por promoverem o meu crescimento enquanto enfermeira e enquanto pessoa.

Obrigado em especial a todas as crianças e famílias que se cruzaram no meu caminho sem elas nada disto tinha tido possível.

**Muito obrigada a todos!**



## RESUMO

A hospitalização e o processo cirúrgico têm um impacto emocional significativo na vida do sistema criança-família, podendo transformar estes processos numa experiência traumática para o sistema. O ambiente desconhecido, a separação do ambiente familiar, a perda de controlo e autonomia e o medo da lesão corporal constituem-se, assim, como um conjunto de *stressores* que se encontram associados à hospitalização e ao processo cirúrgico e que podem ser intensificados pela emoção de medo. O medo está identificado na publicação científica como uma das emoções com mais impacto neste processo de transição vivenciado pela criança e família.

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem um papel primordial na gestão das emoções, com especial enfoque na emoção de medo, auxiliando o sistema criança-família na mobilização e/ou desenvolvimento de estratégias de *coping* que o ajudem a experienciar este processo de saúde-doença da forma mais saudável.

A realização deste percurso formativo teve como objetivo não só desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mas também aprofundar conhecimentos acerca do impacto emocional do processo cirúrgico, com especial enfoque na experiência de medo, no sistema criança-família. Assim, o objeto de estudo deste relatório é a intervenção de enfermagem na gestão dos medos vividos no período pré-operatório, sustentado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e nos princípios dos Cuidados Centrados na Família e dos Cuidados Não Traumáticos.

Ao longo do percurso de estágio, a utilização de uma metodologia crítica, descritiva e reflexiva sobre as práticas de cuidados conduziu à aquisição de novos saberes enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Das atividades desenvolvidas neste percurso formativo destacam-se a observação participativa nos cuidados, a identificação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista na gestão emocional do medo no sistema criança-família e a realização de sessões de preparação para a cirurgia, no período pré-operatório, com foco na gestão do medo. A intervenção do enfermeiro na gestão emocional do medo, no período do pré-operatório, promove a diminuição dos efeitos traumáticos associados à hospitalização e ao processo cirúrgico no sistema criança-família.

**Palavras-Chave:** medo, período pré-operatório, Enfermagem Pediátrica, família, cuidados de enfermagem

## **ABSTRACT**

Hospitalization and the surgical process have a significant emotional impact on the life of the child-family system and can transform these moments into a traumatic experience for them. The unknown environment, the separation of the family environment, loss of control and autonomy and fear of physical pain are stressors associated with hospitalization and surgical process. They also can be intensified by emotion of fear. This emotion is identified in the scientific papers as one of the most impacting emotions in this transition process experienced by children and families.

In this context, the Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing has a primary role in the management of emotions, with special focus on the emotion of fear, helping the child - family system in the mobilization and/or development of coping strategies that help them to experience this health-disease transition process as healthily as possible.

With this formative course, I aimed not only to develop Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing skills, but also gain knowledge about the emotional impact of the surgical process, with special focus on the experience of fear in the child-family system. So, the study object of this report is the nursing intervention in the management of the fears experienced in a preoperative period, based on the Betty Neuman Systems Model and the principles of Family-Centered Care and Non-Traumatic Care.

Along the internship, the use of a critical, descriptive and reflective methodology on care led to the acquisition of new skills as a future Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing. The activities developed along this path include the participated observation of care, identification of the strategies used by the specialist nurses in the emotional management of fear in the child-family system and the preparation of preoperative sessions with a focus on fear management. The intervention of the nurse in the emotional management of fear, in the preoperative period, reduces the traumatic effects associated with hospitalization and the surgical process in the child-family system.

**Keywords:** Fear, Preoperative Period, Pediatric Nursing, Family, Nursing care

## **LISTA DE SIGLAS**

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SCP – Serviço de Cardiologia Pediátrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>13</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	
2.1. Cuidar da criança e família em contexto de cirurgia .....	15
2.2. Hospitalização da criança em contexto cirúrgico .....	17
2.3. Impacto da cirurgia na criança e família .....	19
2.4. Intervenções de enfermagem no período de pré-operatório.....	21
<b>3. METODOLOGIA DE TRABALHO .....</b>	<b>24</b>
<b>4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO - DOS OBJETIVOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>
<b>5. PROJETOS FUTUROS.....</b>	<b>60</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>

## **ANEXOS**

ANEXO I – Certificado do “Curso Intensivo de Intervenção nos Medos e Ansiedade na Infância (e-Learning)”

ANEXO II – Imagens de um contexto de Estágio alusivo à promoção do ambiente seguro e afetuoso

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio

APÊNDICE II – Guia Orientador de Atividades de Estágio

APÊNDICE III – Guia Orientador da Observação das Estratégias Utilizadas na Comunicação com a Criança, o Jovem e a Família

APÊNDICE IV – Poster: “O Meu Filho Vai Ser Vacinado, como Posso Ajudar? Orientações para Crianças dos 5-10 Anos”

APÊNDICE V – Guia Orientador da Observação dos Principais Medos da Criança, do Jovem e da Família

APÊNDICE VI – Guiões de entrevista semiestruturada aos enfermeiros orientadores

APÊNDICE VII – Sessões de Formação aos Enfermeiros da UCIN e SCP

APÊNDICE VIII – Guia Orientador da Observação das Estratégias de Gestão Emocional do Medo da Criança, do Jovem e da Família

APÊNDICE IX – Diário do Recém-Nascido

APÊNDICE X – Guia orientador da Observação das Estratégias Utilizadas pelo EEESIP na Preparação da Criança, do Jovem e da Família para a Cirurgia

APÊNDICE XI – Kit de Preparação para a Cirurgia e Caixa da Brincadeira

APÊNDICE XII – Folheto: “O meu filho vai ser operado! E agora?”

APÊNDICE XIII – Estudo de Caso: Preparação da Criança/Família à Luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

APÊNDICE XIV – Jornal de Aprendizagem: Cuidar do sistema RN-Família na UCIN à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

APÊNDICE XV – Sessões de Preparação do Sistema Criança-Família no Período Pré-Operatório

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A elaboração deste Relatório de Estágio tem não só uma finalidade avaliativa, mas pretende também espelhar o percurso de estágio, que decorreu de 25 de setembro de 2017 a 11 de fevereiro de 2018, na procura de novos saberes e no desenvolvimento e consolidação de competências de Enfermeiro Especialista (EE) mais especificamente de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015a, p.93) o “enfermeiro deve manter a actualização contínua dos seus conhecimentos, no sentido do desenvolvimento das suas competências científicas, técnicas e relacionais”. Desta forma, o curso de Mestrado em Enfermagem constitui-se como uma oportunidade no desenvolvimento de competências visando uma melhoria da prática profissional através da prestação de cuidados mais eficazes e eficientes (Serra *et al*, 2016).

O Cuidar é considerado a identidade da Enfermagem, sendo definido por Watson (2002, p.55) como “o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”. Com base neste ideal, o EEESIP “presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Regulamento nº351/2015, p.16660).

Enquanto enfermeira generalista, a trabalhar num serviço de pediatria, senti necessidade não só de aprofundar conhecimentos no âmbito da saúde da criança e do jovem, almejando uma prestação de cuidados de nível avançado, mas também de aprofundar conhecimentos no âmbito do impacto emocional que a cirurgia tem no sistema criança-família, com enfoque especial na experiência de medo vivenciado pelo sistema e na intencionalidade terapêutica da intervenção de enfermagem na gestão do medo no período pré-operatório, visando a minimização dos efeitos traumáticos associados ao processo cirúrgico.

Neste sentido, o tema escolhido para o relatório de estágio foi: **Cuidar da Criança e Família em Contexto Cirúrgico: Intervenção de Enfermagem na Gestão dos Medos Vividos no Período Pré-Operatório**. Os procedimentos cirúrgicos e a hospitalização são entendidos como circunstâncias geradoras de *stress* e de crise

familiar, uma vez que afetam todos os membros da família, gerando mudanças psicoemocionais na dinâmica familiar e no relacionamento com o ambiente em que estão inseridos (Apolinário, 2012; Sanders, 2014). A experiência da cirurgia pode ser *stressante* e potencialmente ameaçadora para a criança e família, podendo ter repercussões emocionais no período do pós-operatório (Al-Sagarat, Al-Oran & Hamlan, 2017). A emoção de medo é identificada por diversos autores (Perry, Hooper & Masiongale, 2012; Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017) como presente e persistente ao longo da experiência do processo cirúrgico e da hospitalização.

Damásio (2000) refere-se ao medo como uma emoção primária, e define as emoções como “conjuntos complexos de reações químicas e neurais, formando um padrão; todas as emoções têm algum tipo de papel regulador a desempenhar, (...), e o seu papel é auxiliar o organismo a conservar a vida” (p.74). As emoções são entendidas como exercendo um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, tornando-se fundamental saber geri-las (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). A gestão das emoções nos cuidados de enfermagem encontra-se intimamente relacionada com a perícia dos enfermeiros dado que ao caminhar-se para perito tende-se a um maior envolvimento com o outro e a dar uma maior relevância às emoções vivenciadas na prática diária (Benner, 2001). A OE (2011) salienta que as intervenções de enfermagem dirigidas à gestão da emoção de medo no sistema criança-família, no período do pré-operatório, apresentam-se como uma mais-valia na diminuição dos efeitos traumáticos durante a hospitalização e na redução de perturbações do comportamento no pós-operatório e após a alta (Fernandes, Arriaga & Esteves, 2014).

Perante a pertinência desta temática, defini os seguintes objetivos gerais para o meu percurso formativo: (1) Desenvolver competências EEESIP nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança; (2) Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e família.

Dos quadros de referência presentes na minha prática de cuidados e perspetivando aqueles que me irão orientar enquanto futura EEESIP, destaco a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), a filosofia dos Cuidados Não Traumáticos (CNT) e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Os cuidados de enfermagem à criança encontram-se intimamente relacionados com os CCF cuja estrutura e dinâmica podem afetar a saúde e bem-estar da criança (Hockenberry, 2014). Como tal, os CCF são “uma filosofia que além de cuidar da criança também reconhece a sua família como unidade de cuidado” (Pinto, Ribeiro, Pettengill, & Balieiro, 2010, p. 134), identificando as necessidades não só da criança, mas também da família como centrais no processo de cuidar (Apolinário, 2012). O conceito de família é, definido por Hockenberry (2014, p.50), como uma “instituição onde os indivíduos se relacionam através da biologia ou compromissos duradouros e (...) participam nos papéis que contribuem para a socialização mútua, desenvolvimento e compromisso emocional” (Hockenberry, 2014, p. 50), detendo a responsabilidade de prestar cuidados à criança, influenciando o seu crescimento e desenvolvimento (Regulamento nº 351/2015, 16661). Segundo o Regulamento nº 351/2015 (p. 16661) criança “é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a idade adulta esteja conseguida”.

O conceito de metaparadigma de Pessoa, no Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, pode ser definido como um indivíduo, família, grupo ou comunidade (Alligood & Tomey, 2004), assim o Modelo de Neuman perspetiva a criança e família como um sistema único e aberto em constante interação com o ambiente. Este sistema é compreendido como um todo, englobando as várias variáveis do ser humano, e as suas experiências atuais e passadas (Neuman & Fawcett, 2011). Deste modo, a emoção de medo vivenciada pela criança e família em contexto cirúrgico pode ser um *stressor* que irá desequilibrar o sistema, exigindo uma intervenção especializada por parte do enfermeiro para prevenir ou reduzir o seu impacto, ajudando o sistema a atingir o máximo de bem-estar e equilíbrio (*ibidem*).

Assim, os conceitos do metaparadigma de enfermagem, inscritos no Modelo de Sistema de Betty Neuman, vão ao encontro da linha de pensamento assente no paradigma da integração no qual a pessoa é considerada como um ser multidimensional em constante interação com o seu ambiente (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996; Silva, 2002).

O percurso formativo espelhado no presente relatório teve como suporte uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva em relação às práticas de cuidados nos contextos de estágio, recorrendo à evidência científica para fundamentação dessa reflexão. A realização de atividades de reflexividade, numa lógica de prática reflexiva



(Shön, 1987; Zeichner, 1993), serviu como ferramenta para a mobilização e desenvolvimento da competência reflexiva face às situações de cuidados de enfermagem vivenciadas. A reflexão torna-se assim, um instrumento facilitador da consolidação e fundamentação teórico-prática (Queirós, Costa e Silva & Santos 2000).

A estrutura deste Relatório de Estágio apresenta inicialmente uma introdução, seguida do primeiro capítulo, que abrange a identificação e justificação da problemática e do objeto de estudo. O segundo capítulo contempla um breve enquadramento conceptual da temática e a definição de conceitos-chave, o terceiro capítulo caracteriza a metodologia utilizada no percurso formativo, o quarto capítulo é constituído pela descrição e reflexão do percurso de estágio e o quinto capítulo descreve os projetos que perspetivo desenvolver no futuro. Por último apresento as considerações finais sobre o percurso desenvolvido. No final do presente relatório encontram-se os anexos e apêndices, que incluem documentos complementares ao mesmo (guia orientador de atividades, cronograma, sessões de formação e guias orientadores da observação, entre outras atividades realizadas ao longo dos contextos de estágio).

## 1. PROBLEMÁTICA

A existência de um problema advém de um momento em que alguém encontra uma dificuldade, identifica um conjunto de coisas que necessita de ser modificado ou mesmo quando se identifica algo que não funciona adequadamente (Bento, 2011).

No serviço onde desempenho a minha prática profissional, identifiquei a necessidade de compreender o impacto emocional da cirurgia no sistema criança-família, com enfoque especial na experiência do medo e de que forma a intervenção do enfermeiro na gestão do medo, no período pré-operatório, pode minimizar os efeitos traumáticos associados à cirurgia ajudando assim, a criança-família a vivenciar este processo de saúde-doença do modo mais saudável possível. Sendo um serviço de internamento cirúrgico, o medo é uma das emoções mais frequentemente expressa ou observada nas crianças, nos jovens e nas famílias submetidas a procedimentos cirúrgicos.

O procedimento cirúrgico e a hospitalização representam uma circunstância geradora de crise familiar uma vez que afeta todos os membros da família (Sanders, 2014), gerando mudanças psicoemocionais na dinâmica familiar e nos relacionamentos com o ambiente em que estão inseridos (Apolinário, 2012), tornando-se muitas vezes estas situações as primeiras crises vivenciadas pela criança. O *stress* associado à mudança do seu estado de saúde e à alteração da sua rotina diária em contexto de hospitalização, pode deixar a criança ainda mais vulnerável, numa altura em que detém fracos recursos para lidar com o *stress*. São vários os *stressores* associados à hospitalização destacando-se a separação dos pais, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, o medo da lesão corporal e o medo da morte (Sanders, 2014).

O medo é uma emoção presente quando o sistema criança-família vivencia uma experiência desconhecida, daí esperar-se que vivencie a emoção de medo perante o processo cirúrgico. Assim, é fundamental por parte dos profissionais de saúde realizar uma intervenção adequada e individualizada ajudando o sistema a compreender e a gerir as suas emoções (Boles, 2016). Sabendo que as emoções têm um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, é imprescindível facilitar a sua gestão, com o objetivo de mobilizar ou desenvolver mecanismos de *coping* que ajudem o sistema criança-família a manter o equilíbrio, vivenciando de forma saudável este e outros processos semelhantes de saúde-doença (Pereira *et al*, 2010; Boles, 2016).

As respostas emocionais da criança perante a hospitalização e os procedimentos cirúrgicos podem ser intensas e causadoras de dano, devendo por isso os cuidados de enfermagem terem “como foco as experiências emocionais, as estratégias de confronto e os modos de ajuda na gestão do estado emocional da criança e família” (Pereira *et al*, 2010, p. 26). Segundo Diogo (2015), o trabalho emocional implica gerir os sentimentos negativos de forma a que estes se transformem numa experiência não perturbadora ou com resultados positivos. Também Pereira *et al*. (2010) enfatizam o facto de a criança necessitar de ter espaço e oportunidade para exprimir as emoções negativas por forma a reconhecê-las e conseguir geri-las, levando à promoção do bem-estar emocional. Neste processo de gestão das emoções, os enfermeiros têm um papel de destaque na capacitação e facilitação da gestão emocional (*ibidem*).

A preparação do sistema criança-família para a hospitalização e para o processo cirúrgico tem-se vindo a revelar como um método eficaz na redução do medo e da ansiedade, demonstrando-se benéfico na diminuição dos efeitos traumáticos durante a hospitalização e na redução de perturbações do comportamento no período do pós-operatório e após a alta (OE, 2011). A criança e a família podem ser preparadas para estas vivências antes da hospitalização, desde que a equipa de enfermagem se encontre preparada para informar de forma clara e compreensível (OE, 2011). Promover uma parceria de cuidados com os pais durante a preparação do processo cirúrgico da criança irá transformar a experiência cirúrgica, tornando-a menos traumática para ambos (Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walther & Lim-Sulit 2006). Assim, segundo a OE (2011, p.18) “os enfermeiros, enquanto profissionais privilegiados pela formação, escopo profissional de acção, variedade de encontros e pelo tempo de contacto, encontram-se numa posição privilegiada para promover e intervir na diminuição do medo da criança e sua família antes da cirurgia”.

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **2.1 Cuidar da criança e família em situação de cirurgia**

Desde Florence Nightingale que se tenta definir o cuidado em enfermagem. Num passado recente Collière (1999) define o cuidar como:

Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo um acto de VIDA, no sentido que representa uma variedade infinita de actividades que visão manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se. (...) Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. (Collière, 1999, p.235-236)

Também Swanson (1993) se refere ao ato de cuidar como uma maneira de se relacionar com o outro, através de uma relação de afeto e por quem se tem um sentimento pessoal de compromisso e responsabilidade. Estas perspetivas são enaltecidas por George (2000), a propósito da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, referindo-se ao cuidado como o atributo mais importante que a enfermagem tem para oferecer à humanidade. Afirmando ainda que a ciência do cuidado complementa à ciência da cura. Watson (2005), citada por Diogo (2015), refere-se à ciência do cuidar como não sendo alheia às emoções humanas, constatando-se assim que o cuidado exige uma relação interpessoal e intersubjetiva e é nesta relação que está presente a experiência das emoções (Diogo, 2015).

O conceito de cuidar apresenta diferentes perspetivas em evolução consoante o espaço temporal em que este é definido, contudo, todas as definições do conceito identificam o cuidar como a identidade da Enfermagem.

Nesta lógica, o grande objetivo dos cuidados pediátricos é a melhoria da qualidade dos cuidados não só às crianças, mas também às suas famílias (Hockenberry & Barrera, 2014). “No contexto pediátrico, isto é, quando se pensa nos cuidados à criança, a família surge sempre como uma referência sendo o seu enquadramento hoje assumido como fator que viabiliza o cuidado humanizado” (Mendes & Martins, 2012, p.114), desta forma, o EEESIP encara a criança e família como o centro do seu cuidar utilizando um modelo conceptual centrado neste binómio.

Cuidar, em pediatria, tem como alicerces duas importantes filosofias de cuidados: a filosofia dos CCF e a filosofia CNT. A filosofia dos CCF implica um envolvimento efetivo dos pais e enfermeiros nos cuidados à criança, tornando-os

assim parceiros no cuidar, requerendo esta parceria uma participação ativa de todos os parceiros de forma a atingirem-se objetivos comuns (Mendes & Martins, 2012). Os CCF defendem como princípios a dignidade e o respeito pela criança e família; o conhecimento da cultura, crenças e valores da família; a informação partilhada; a participação e colaboração e a negociação (Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Nelf, 2012). Na sua operacionalização, os profissionais de saúde devem ouvir e respeitar as escolhas e as opiniões do sistema criança – família, partilhando informações de forma clara, completa e imparcial de modo a que este possa participar nos cuidados e nas tomadas de decisão de forma esclarecida (Pinto, Ribeiro, Pettengill & Balieiro, 2010).

Segundo Hockenberry e Barrera (2014), a visão dos CCF promove a capacitação e o *empowerment* da família. Os enfermeiros procuram capacitar a família através da criação de oportunidades e de meios para que estes demonstrem as suas competências e habilidades ou adquiram novas competências, para que consigam dar resposta às necessidades da criança. Deste modo, a família passa de espetadora a coadjuvante integrada nos cuidados (Apolinário, 2012).

Para além da filosofia dos CCF também os CNT são um dos alicerces no cuidar da criança e família. Estes referem-se à prestação de cuidados terapêuticos através da utilização de intervenções de enfermagem que visam a eliminação ou a minimização do desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família no sistema dos cuidados de saúde e têm como objetivo primordial não causar dano. Para isso, existem três princípios que “fornecem a estrutura para alcançar esse objectivo: (1) prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, (2) promover uma sensação de controlo e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.12).

Para Swanson (1993) também cuidar da criança e família vai além dos cuidados físicos. A sua teoria é composta por cinco processos: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. Este conjunto de processos do cuidar permitem o enfermeiro auxiliar a criança e família a alcançar o bem-estar. O modelo dos sistemas de Betty Neuman articulado com a filosofia dos CCF perspetiva o sistema criança-família como um todo que se encontra em constante interação com o ambiente, valorizando desta forma todas as variáveis (fisiológica, psicológica, espiritual, desenvolvimento e sociocultural) que influenciam o sistema de forma positiva ou negativa, tendo as intervenções de enfermagem como objetivo ajudar o

sistema a atingir o máximo de bem-estar, sendo para isso necessário estabelecer uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e o sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

O enfermeiro, enquanto parceiro de cuidados, incorpora as preferências do sistema criança-família de forma a diminuir os efeitos negativos que a hospitalização tem aumentando os benefícios da mesma (Sanders, 2014). A criança hospitalizada e submetida a uma cirurgia vivencia uma experiência de *stress* acrescido que pode provocar o desequilíbrio do sistema (Pimentel, 2001). A hospitalização para a cirurgia constitui-se como um evento perturbador na vida do sistema criança-família devendo-se respeitar a sua dignidade ao longo deste processo, tendo em conta não só as suas necessidades físicas, mas também as suas necessidades emocionais (Cardoso, Prado, Souza & Figueiredo, 2017).

## **2.2 Os *stressores* da hospitalização vividos pela criança e família em contexto de cirurgia**

Além do corpo de conhecimentos que o enfermeiro necessita de integrar sobre o desenvolvimento infantil, é fundamental compreender a singularidade de cada criança. Esse conhecimento profundo adquire-se na relação de parceria com a família. A hospitalização do sistema criança-família gera uma situação de crise que conduz a um desequilíbrio no sistema e que pode causar uma diminuição da capacidade de enfrentar e gerir os problemas (Jorge, 2004). Perante esta crise, a criança encontra-se num estado de vulnerabilidade acrescido, pois está ainda a desenvolver mecanismos de defesa (Sanders, 2014). Além disso, não é só a criança se encontra vulnerável face à hospitalização, também a família demonstra uma sensação de impotência por não possuir controlo sobre a situação (Andersson, Johansson & Osterberg, 2012).

Associado à hospitalização, existe um conjunto de *stressores* que podem ser intensificados pelas vivências da emoção de medo por parte do sistema criança-família, estes *stressores* compreendem a separação dos pais e dos familiares, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, a lesão corporal e o medo da morte (Sanders, 2014).

Segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman os *stressores* são descritos como forças ambientais que interagem com o sistema (criança e família) e que alteram a estabilidade do mesmo (Alligood & Tomey, 2004). Podendo estes ter origem intrapessoal (medo da lesão corporal, medo da perda de controlo), interpessoal (défice

de conhecimento, inexistência de um programa de preparação cirúrgica) ou extrapessoal (medo do desconhecido, medo da morte). A invasão dos *stressores* nas linhas de defesa do sistema (linha de defesa flexível, linha normal de defesa e linha de resistência) durante o processo de hospitalização para a cirurgia, irá ter impacto no sistema, podendo alterar a sua estabilidade. Entendendo a saúde como a estabilidade ótima do sistema num dado momento, é necessária a intervenção do enfermeiro para fortalecer os mecanismos adaptativos ou diminuir os fatores *de stress* para que o sistema atinja novamente o seu máximo de saúde/bem-estar. A intervenção de enfermagem nos três níveis de prevenção, almeja a prevenção da desadaptação, o restabelecimento da adaptação e a manutenção da adaptação. A preparação pré-operatória (prevenção primária), o controlo das manifestações do medo da criança e família (prevenção secundária) e a capacitação dos pais (prevenção terciária) são exemplos de intervenções de enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011).

Os *stressores* associados à hospitalização podem causar na criança consequências negativas que podem não ser passíveis de ser observadas durante a hospitalização, manifestando-se apenas aquando da alta e do retomar ao quotidiano. Nessa altura poder-se-ão observar alterações no comportamento da criança, como por exemplo: requerer um aumento da atenção, tornar-se mais sensível ou surgir um retrocesso em algumas competências já adquiridas anteriormente (Barros, 2003). Estes *stressores* podem ser minimizados através do recurso a um leque de estratégias como, por exemplo, a criação de um ambiente familiar para a criança, evitando a separação dos pais. Neste sentido, a carta dos direitos da criança hospitalizada remete-nos para o direito de a criança ter sempre presente os pais ou qualquer pessoa significativa junto dela durante a hospitalização independentemente da sua idade e do seu estado (Levy, 1996).

Apesar dos efeitos negativos associados à hospitalização, autores como Barros (2003), Brazelton (2005) e Sanders (2014) evidenciam também os efeitos benéficos da hospitalização. Assim, os autores referem que este processo proporciona ao sistema criança-família a oportunidade de aprender a lidar com o seu *stress* e a sentirem-se competentes na mobilização e/ou desenvolvimento de mecanismos de *coping*, além deste aspeto o ambiente hospitalar pode ser entendido como promotor de novas experiências de socialização e aprendizagem.

### 2.3 Impacto emocional da cirurgia na criança e família

Segundo a OE (2011) a hospitalização e a cirurgia potenciam a ansiedade e aumentam os medos do sistema criança-família, o que pode conduzir a uma experiência traumática. O facto de a maior parte das crianças desconhecer o conceito de cirurgia potencia a fabulação e o seu imaginário, agravando o medo existente. Oliveira, Laceira, Pereira e Silvestre (2005) corroboram que a ideia da cirurgia, por si só, e as opiniões pré-concebidas da criança e adultos exacerbam os medos já existentes e aumentam a ansiedade. A cirurgia pode levar a alterações psicológicas, emocionais, cognitivas e sociais na criança, que podem permanecer além do período pós-operatório (Pereira *et al*, 2010).

Entendendo a cirurgia como um acontecimento crítico na vida de qualquer pessoa, ele torna-se especialmente complexo na criança, devido à sua vulnerabilidade (Risso & Braga, 2010). Esta complexidade está relacionada não só com o facto de a criança se encontrar a desenvolver mecanismos de *coping*, mas também devido ao seu estágio de desenvolvimento, pois pode não se encontrar preparada para compreender e lidar emocionalmente com esta experiência de forma adaptativa.

O processo cirúrgico desenvolve-se ao longo de três fases, sendo elas: o pré-operatório (desde o momento que o cliente é informado da necessidade da cirurgia até à transferência para o bloco operatório), o intraoperatório (permanência do cliente no bloco operatório) e pós-operatório (inicia-se quando o cliente sai do bloco operatório e compreende toda a fase de recuperação, sendo ela realizada no hospital ou no domicílio) (Pimentel, 2001).

A hospitalização e o processo cirúrgico estão associados a vivências de medo por parte das crianças e famílias, sendo este um *stressor* que irá potenciar os restantes *stressores* como a dor, separação e a perda de controlo (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017). Mas é, igualmente, importante, entender a emoção de medo para melhor compreender como pode ser vivenciada e minimizada. O International Council of Nurses (2016, p.65) define o medo como uma “emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir”. A OE (2011, p. 11) reforça esta definição referindo-se ao medo como uma “reacção a um perigo actual, de breve duração, perante um objecto preciso e com manifestações físicas dominantes (tensões, tremores...) podendo, caso seja persistente levar a fobias”. O medo envolve três diferentes tipos de resposta:



fisiológicas, sentimentos encobertos e pensamentos e reações comportamentais. Muitas crianças podem não expressar verbalmente os seus medos, apresentando unicamente alterações do comportamento como agitação, alteração do padrão respiratório, tremores, choro ou mesmo recusa em comunicar. Em casos mais graves podem desenvolver incontinência urinária inesperada (OE, 2011). Broering e Crepaldi (2008) referem, ainda, um estudo realizado por Castro, Silva & Ribeiro (2004) no qual se demonstra como os medos levaram as crianças a reagir de forma adversa ao internamento cirúrgico resultando em alterações do comportamento após a hospitalização.

Em cada faixa etária existem medos considerados normativos, associados ao estágio de desenvolvimento da criança, no entanto devido à sua singularidade os medos e reações ao mesmo podem ser variáveis. À medida que a criança cresce e vai desenvolvendo uma maturidade emocional, vai adquirindo novas competências que irão contribuir para o desaparecimento gradual dos medos. Todavia, numa criança hospitalizada e submetida a uma cirurgia, os medos normativos do seu estágio de desenvolvimento podem ser exacerbados, pelo que é indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para os identificar e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança (OE, 2011).

O medo experienciado pela criança encontra-se intimamente relacionado com o medo vivenciado pelos pais (OE, 2011; Boles, 2016). Uma vez que os pais são os primeiros modelos da criança, ao experienciarem situações de medo no período pré-operatório originam uma reprodução de comportamentos e reações semelhante nos seus filhos (Broering & Crepaldi, 2011; Boles, 2016). As situações de medo vivenciadas pelos pais estão relacionadas com a separação da criança, os comportamentos de medo manifestados pela criança, a indução anestésica, o tipo de cirurgia, a dor manifestada pela criança e a ausência de informação (Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walther & Lim-Sulit, 2006; OE, 2011; Boles, 2016). A possibilidade de os pais terem um papel ativo na preparação do processo cirúrgico da criança conduz a uma experiência cirúrgica menos traumática para eles e, consequentemente, para a criança (Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walther & Lim-Sulit, 2006). O enfermeiro assume desta forma um papel de facilitador junto das famílias, ajudando as mesmas a reconhecer e mobilizar os seus recursos internos e externos para conseguirem enfrentar a experiência que estão a vivenciar (Silva, Pires, Quitério

& Diogo, 2007) e conseguindo, posteriormente, ajudar as crianças a encontrarem estratégias para gerir as emoções.

A necessidade de uma intervenção cirúrgica no sistema criança-família é sempre um acontecimento que perturba a dinâmica familiar (Teixeira & Figueiredo, 2009). A família tem de se ajustar à experiência da criança no período pré-operatório, tornando-se o seu suporte e o apoio, acrescentando ainda a responsabilidade da tomada de decisão (Healy, 2013). No entanto, apesar do conhecimento existente sobre o impacto emocional que a cirurgia tem no sistema criança-família e de existir uma preocupação crescente na melhoria dos procedimentos cirúrgicos para minimizar a dor, têm-se vindo a desvalorizar os cuidados que promovem a prevenção das consequências psicoemocionais nas crianças (Silva *et al*, 2007). As respostas das crianças à cirurgia podem ser expressas de forma intensa e podem causar danos a nível psicoemocional, desse modo os cuidados de enfermagem devem ter em conta a compreensão das experiências emocionais, visando ajudar o sistema criança-família na aprendizagem ou mobilização de estratégias de *coping* para gerir o seu estado emocional.

É necessário minimizar o impacto emocional negativo que a cirurgia tem na criança, pois quando as emoções se encontram escondidas ou demasiado exacerbadas transformam-se numa situação perturbadora. Para evitar estas situações deve-se dar espaço e oportunidade à criança “para expressar as suas emoções negativas, reconhecê-las e geri-las de forma saudável” (Pereira *et al*, 2010, p.26). A gestão da emocionalidade não é um processo simples, desempenhando os enfermeiros um papel imprescindível no trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015).

## **2.4 Intervenções de enfermagem na gestão do medo no período pré-operatório**

O enfermeiro enquanto elemento da equipa multidisciplinar surge como um elemento dinamizador em todo o processo de preparação para o momento da cirurgia, capacitando o sistema criança-família com competências para lidar com esta situação emocionalmente exigente, uma vez que “faz parte das suas funções independentes a preparação dos seus clientes para todo e qualquer procedimento, estabelecendo com eles a tão almejada relação de empatia” (Oliveira *et al*, 2005, p.205). Também a OE

(2011, p.18) refere que os enfermeiros se encontram numa “posição privilegiada para promover e intervir na diminuição do medo da criança e sua família antes da cirurgia”.

A preparação do sistema criança-família para a cirurgia ou procedimentos invasivos tem benefícios na diminuição da ansiedade, promove a cooperação e ensina estratégias de *coping* que irão promover no sistema uma sensação de controlo (Brown, 2014).

Os primeiros programas de preparação da criança submetida à cirurgia datam de 1960, com o objetivo de dar informação e estabelecer uma relação de confiança entre a equipa multidisciplinar e a criança. Posteriormente, em 1970 foi introduzido nos programas de preparação para a cirurgia a visualização de vídeos ou realização de teatros de fantoches sobre a cirurgia e a anestesia. Já em 1980 constatou-se que a visualização de vídeos não era suficiente para reduzir a ansiedade e o medo e que a criança necessitava também de interagir com o meio ambiente durante o período pré-operatório para desenvolver estratégias de *coping*, compreendendo-se também a importância do envolvimento dos pais em todo o processo (Kain, Caramico, Mayes, Genevro, Bornsteins & Hofstadter, 1998). Na atualidade, a utilização de programas de preparação do sistema criança-família têm-se vindo a revelar como a forma mais eficaz para a minimização do medo em todo este processo.

Existem diversos fatores a ser considerados para uma melhor adequação dos programas de preparação do sistema criança-família, destacando-se a idade e o estágio de desenvolvimento da criança, o estilo de confronto, as experiências prévias de hospitalização ou cirurgia, o tipo de cirurgia e o tempo entre a preparação cirúrgica e a data da cirurgia (Barros, 2003; OE, 2011). Quando o enfermeiro toma conhecimento da decisão da realização da cirurgia, deverá fornecer à família toda a informação necessária sobre o processo cirúrgico de modo a capacitar a família para esta colaborar posteriormente na preparação da criança. Estas informações podem ser complementadas com a oferta de folhetos ou livros com histórias de crianças em situações semelhantes (OE, 2011).

Durante a consulta de preparação para a cirurgia, a comunicação estabelecida com o sistema criança-família é de extrema importância, devendo ser construída uma relação de confiança por forma a ajudar o sistema a colocar os medos em perspetiva, esclarecer dúvidas que possam existir e ajudar à concentração em ideias positivas (OE, 2011). As consultas de preparação para a cirurgia podem ser desenvolvidas em regime de ambulatório ou de internamento, destacando-se a importância da entrevista

inicial para compreender os hábitos lúdicos da criança; a compreensão da situação por parte do sistema; o estilo de confronto; as experiências prévias de hospitalização; os sintomas emocionais e os medos presentes relacionados com os procedimentos, entre outras questões. O enfermeiro durante a preparação deve promover um espaço para a verbalização de dúvidas e expressão das emoções, encontrando-se desperto para a possível intensificação da emoção de medo (OE, 2011).

Existem diversos programas de preparação do sistema criança-família, entre os quais se destacam os programas preventivos dirigidos à criança saudável, programas de preparação para a criança que vai ser hospitalizada e programas de preparação da hospitalização dirigidos aos pais (Barros, 2003). Nos programas de preparação dirigidos à criança que vai ser hospitalizada, o enfermeiro utiliza diversas metodologias como a modelagem, a dramatização, a brincadeira terapêutica, o desenho, a terapia narrativa e o fornecimento de informação através de livros e folhetos. Os programas baseados na metodologia da modelagem e da brincadeira terapêutica têm vindo a ser os mais utilizados (Barros, 2003; OE, 2011). A metodologia utilizada na consulta de preparação para a cirurgia tem de ser adequada ao estágio de desenvolvimento da criança. Os programas de preparação da hospitalização dirigidos aos pais baseiam-se em dar informações, modelar e ensinar estratégias para controlar e gerir os seus medos, no pressuposto de que os pais preparados de forma adequada conseguem, no pós-operatório e no domicílio, prestar melhores cuidados aos seus filhos (Barros, 2003; OE, 2011).

A preparação do sistema criança-família, no período pré-operatório, com recurso a programas de preparação para a cirurgia, ajudam na redução do medo e do *stress* associado, levando à diminuição dos efeitos traumáticos associados à hospitalização e ao processo cirúrgico, o que conduz a uma redução dos elementos desconhecidos, resultando na minimização do medo face ao desconhecido e apresentando efeitos benéficos na redução de perturbações do comportamento no período pós-operatório (OE, 2011; Sanders, 2014).

### 3. METODOLOGIA DE TRABALHO

No âmbito da temática do Relatório de Estágio, e de forma a dar resposta às necessidades identificadas, delineei um conjunto de objetivos gerais e específicos e um conjunto de atividades que fui concretizando ao longo dos contextos de estágio. Almejando o desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP e alcançar os objetivos propostos, privilegiei atividades de reflexividade possibilitando momentos de reflexão sobre a prática e indo ao encontro do descrito por Santos e Fernandes (2004, p.59) que referem que “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas”.

Os contextos de estágio constituíram-se como locais primordiais à formação e reflexão (Alarcão & Rua, 2005). Através da observação participativa nos cuidados prestados ao sistema criança-família e posterior reflexão sobre os mesmos, verificou-se uma aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências de EEESIP.

A escolha e a sequência dos contextos de estágio foi intencional e teve como sustentação a problemática descrita. Procurando a oportunidade de uma crescente complexidade das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, optei por iniciar o meu percurso em contexto de cuidados de saúde primários, contudo por uma questão de disponibilidade das instituições de saúde, iniciei o meu percurso no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um Hospital Central e realizei, posteriormente, o estágio no contexto de Cuidados de Saúde Primários numa Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP).

O estágio no SUP foi realizado num Hospital Central, onde prestei cuidados à criança, jovem e família em situação de especial complexidade e no âmbito da gestão emocional em contexto de cirurgia de urgência. O segundo contexto teve lugar numa UCSP, neste contexto aprofundei conhecimentos relativos ao desenvolvimento infantil nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil e de gestão emocional do medo na consulta de Vigilância de Saúde Infantil e no momento da vacinação. Seguidamente, realizei o terceiro contexto de estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), onde prestei cuidados específicos relacionados com a prematuridade, parentalidade e vinculação. Neste contexto também desenvolvi intervenções no âmbito da gestão emocional do recém-nascido (RN) e família em contexto cirúrgico. A escolha deste contexto de estágio prendeu-se com o facto desta

UCIN apresentar uma vertente cirúrgica. Segundo Neto, Tavares, Serelha e Casella (2010) existiu um aumento do número de doentes cirúrgicos admitidos na UCIN, o que possibilitou o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão dos medos vividos pela família no período pré-operatório.

Após o contexto da UCIN realizei estágio na Consulta de Preparação para a Cirurgia num Hospital Pediátrico, constituindo este contexto uma mais-valia para o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão emocional na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pelo sistema criança-família. Neste contexto de estágio encontra-se implementado um programa de preparação cirúrgica que segue as linhas orientadoras do Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2011) onde o enfermeiro assume um papel de destaque na gestão dos medos durante a preparação para a cirurgia do sistema criança-família.

Por fim, e não menos importante, o último contexto de estágio foi o internamento de Pediatria no serviço de Cardiologia Pediátrica (SCP) onde exerço funções. O trabalho aqui desenvolvido permitiu-me desenvolver competências no âmbito de EEESIP, com foco na gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, e proporcionou-me a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo dos vários contextos de estágio para uma melhoria das práticas no âmbito da gestão emocional, através do recurso a intervenções de enfermagem na minimização do medo experienciado pelo sistema criança-família.

Em simultâneo com este contexto de estágio tive oportunidade de, durante dois dias, realizar a observação das práticas de cuidados no Internamento de Pediatria de outro Hospital, no qual está implementado há cerca de um ano um programa de preparação para a cirurgia, complementando assim as aprendizagens adquiridas no contexto de estágio da Consulta de Preparação para a Cirurgia.

#### **4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO – DOS OBJETIVOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Para a orientação deste percurso formativo foi delineado um conjunto de objetivos gerais e específicos a desenvolver nos diversos contextos de estágio, tal como as respetivas atividades para concretizar tais objetivos. Estas atividades foram compiladas no Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II) e no início de cada experiência/contexto foram apresentadas aos enfermeiros orientadores e analisadas em conjunto, visando a exequibilidade das mesmas e serem também o fio condutor do desenvolvimento de competências de EEESIP e da problemática pré-definida.

Ao longo deste capítulo irei realizar uma análise crítica, reflexiva e descritiva sobre as experiências vividas e as atividades desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio, pelo que este capítulo está organizado por objetivos específicos. De modo a desenvolver competências comuns de EE (“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialista independentemente da sua área e especialidade” (Regulamento nº140/2019, p.4745)) e competências específicas de EEESIP (“a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº422/2018, p.19192)) e também para dar resposta à problemática, foram elaborados dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EEESIP nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança e do jovem;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e família.

Considerando cada objetivo geral, foi definido um conjunto de objetivos específicos e estabelecido um conjunto de atividades para cada contexto de estágio que irei apresentar seguidamente, explicitando e refletindo sobre as competências comuns e específicas de EEESIP que adquirir.

Para atingir o objetivo geral “**desenvolver competências de EEESIP, nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança e do jovem**” foram operacionalizados os seguintes objetivos específicos:

**- Conhecer a estrutura física, a dinâmica e as orientações para a prática nos diversos contextos**

Durante os primeiros dias em cada contexto de estágio tive oportunidade de conhecer a equipa de enfermagem, a sua dinâmica e as conceções teóricas que orientam a prática de cuidados.

No início de cada contexto, foi disponibilizado tempo, por parte do enfermeiro orientador, para **realizar uma visita e conhecer a estrutura física de cada serviço**, o que me permitiu uma apropriação do espaço e da dinâmica dos serviços, pois como é referido por Baumann (2007) o ambiente onde se insere a prática de cuidados influencia os cuidados e o desempenho dos mesmos, sendo este último também influenciado pela motivação da equipa de enfermagem.

Todos os contextos que integrei eram estruturalmente diferentes, contudo todos eram decorados com motivos pediátricos transformando o ambiente físico num espaço mais acolhedor e menos ameaçador para o sistema criança-família. Este aspeto é importante visto que, de acordo com Diogo (2015), o ambiente hospitalar pode ser assustador e não familiar, causando assim insegurança e *stress* no sistema criança-família. O mesmo autor acrescenta que promover um ambiente seguro e afetuoso através das paredes decoradas, das músicas infantis ou dos desenhos animados que passam na televisão, são aspetos de um ambiente pediátrico facilitador da promoção do ambiente seguro que se pretende nos cuidados de saúde.

O **SUP** estruturalmente contempla: uma sala de triagem, uma sala de aerossóis, o gabinete da enfermeira chefe do serviço, uma sala de reanimação, várias salas de observação médica, uma sala de vigilância, uma sala de tratamentos, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de reuniões médicas e a sala de observação onde existem 6 unidades individuais, encontrando-se cada uma devidamente equipada com material necessário aos cuidados da criança e jovem. Existe também uma interligação de cuidados entre o SUP e outros serviços do hospital, como por exemplo, os serviços de internamento, a Unidade de Técnicas de Pediatria, a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e o Bloco Operatório, entre outros. O sistema criança-família que recorre a este serviço pode ser proveniente do domicílio, de escolas ou infantários



ou transferido de outros hospitais ou serviços de internamento. Assim, a área de abrangência da SUP não é delimitada, pelo que podem recorrer a ela crianças e jovens de qualquer área residencial. No entanto, o SUP não tem valência de pedopsiquiatria ou queimados pediátricos pelo que essas crianças e jovens são encaminhadas para outro SUP que apresente essas valências.

A **UCSP**, pela sua abrangência de cuidados a todo o ciclo de vida da pessoa, é composta por diversas salas de cuidados, tendo um local específico destinado apenas à Saúde Infantil e Juvenil. A sala de espera da consulta de Saúde Infantil oferece um pequeno parque de diversões para as crianças poderem brincar e ao longo das paredes encontram-se afixados diversos posters relacionados com uma panóplia de temáticas como a promoção da saúde, prevenção de acidentes e crescimento e desenvolvimento da criança. O espaço da consulta de Saúde Infantil, é constituído por dois gabinetes dedicados exclusivamente às consultas de enfermagem, vários gabinetes médicos e duas salas de vacinação. Entre a consulta de Saúde Infantil e a Unidade de Cuidados na Comunidade é desenvolvida uma interligação que inclui o Programa de Saúde Escolar e o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco.

A **UCIN**, na sua estrutura física, é composta por diversas salas. Uma delas é destinada apenas aos pais, podendo eles aí permanecer e tendo acesso a cacifos para guardarem os seus pertences. Neste serviço existe também um gabinete de enfermagem onde se encontram dossiês com os variados projetos implementados e com documentação científica relevante para a prática de cuidados. É também importante referir que existem duas salas, uma com oito vagas direcionada para a prestação de cuidados intensivos ao RN prematuro, pré-termo e de termo, e outra unidade de cuidados intermédios com quatro vagas. Existem outras salas, mas considero que não são de especial relevância para a descrição da estrutura física. A UCIN tem uma área de abrangência alargada, recebendo doentes transferidos do SUP, da Maternidade e de outros Hospitais da Região Sul do País quando estes não têm capacidade para dar resposta às situações cirúrgicas ou de alto risco de vida para o RN. Quando o RN já se encontra estável, do ponto de vista hemodinâmico, pode ser transferido para outro serviço do Hospital Pediátrico.

A **Consulta de Preparação para a Cirurgia** encontra-se inserida no leque das consultas externas de um Hospital Pediátrico e está organizada em sintonia com a consulta de anestesia. Existindo um gabinete próprio para a realização da mesma com todos os recursos materiais necessários para o uso de metodologias como a

modelagem, a dramatização e a brincadeira terapêutica. A área de abrangência desta consulta não se limita à região de Lisboa, podendo o serviço receber crianças e jovens de outras regiões do Sul do País, Regiões Autónomas e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

O **SCP** é composto por vários quartos que se encontram divididos por uma unidade de intermédios, onde se encontram os RN ou latentes com maior grau de instabilidade hemodinâmica e que necessitam de cuidados especializados, dois quartos individuais, e dois quartos que comportam várias camas sendo a sua gestão realizada de acordo com as faixas etárias das crianças e dos jovens hospitalizados. A zona de abrangência deste serviço é vasta, sendo um serviço de referência nesta área recebe crianças de toda a região de Lisboa, região sul, regiões autónomas e PALOP.

Do **Serviço de Internamento de Pediatria** no qual realizei dois dias de observação destaco a sala de atividades que, nos dias programados para cirurgias, é transformada em zona de ambulatório na qual o sistema criança-família aguarda a chamada para o Bloco Operatório e é, posteriormente, também utilizada como área de recobro tardio e alta. Existem ainda duas salas adjacentes sendo uma direcionada para o acolhimento ao sistema criança-família e para realização de procedimentos e outra direcionada para a mudança de vestuário e armazenamento dos pertences que são colocados em pequenas caixas individuais identificadas. Todas as quintas-feiras, no período da manhã, são realizadas cirurgias em contexto de ambulatório e no período da tarde é realizada a consulta de preparação para a cirurgia no espaço físico da consulta externa. Por fim, é importante ainda referir que este serviço tem como área de abrangência o concelho de Cascais e algumas freguesias do conselho de Sintra.

As crianças e jovens que recorrem a estes diferentes contextos encontram-se numa faixa etária compreendida entre o nascimento e os 18 anos. Acautelando exceções, tal como previsto no Regulamento nº422/2018, e referido anteriormente.

Todos os contextos têm no centro dos seus processos de cuidar o sistema criança-família, perspetivando-o como um todo que é influenciado e influencia o ambiente em que está inserido. A filosofia dos CCF, a filosofia dos CNT e parceria de cuidados foram as conceções teóricas que todos os serviços apresentaram como linhas orientadoras das práticas de cuidados. É importante destacar que a UCIN, para além destas conceções orientadoras das práticas, segue o modelo de cuidados centrados no desenvolvimento do RN pré-termo e de termo, denominado de *Newborn*

*Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP). A integração deste modelo de cuidados na UCIN tem revelado uma redução de complicações iatrogênicas relacionadas com o ambiente, visto que aumenta as competências do RN, incrementa a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde. Neste modelo de cuidados, o RN é encarado como um colaborador ativo e a observação da sua comunicação comportamental traduz-se em melhor informação, podendo assim os profissionais de saúde adequar os cuidados à informação transmitida pelo RN (Santos, 2011). As UCIN definem-se assim “não apenas como locais de cuidados ao corpo físico, mas também, locais que dão suporte ao bem-estar emocional e que geram mais benefícios para os RN e as famílias” (Santos, 2011, p.30)

Ao longo do percurso na UCIN **integrei as práticas** segundo este modelo de prestação de cuidados. A enfermeira orientadora, nos primeiros dias de estágio ao explicar a organização e a dinâmica do serviço elucidou-me sobre esta filosofia de cuidados. Foi-me transmitido que não se tinha só em conta o ambiente envolvente do RN, mas também o planeamento e a organização dos cuidados em função das suas necessidades, respeitando e promovendo os seus ciclos de sono. Quando era realizada a abordagem ao RN organizava-se os cuidados de forma a que todos os cuidados dos profissionais de saúde fossem realizados nesse momento. Durante o meu período de permanência nesta unidade **observei e participei no planeamento dos cuidados** realizados em equipa multidisciplinar em prol das necessidades e dos comportamentos dos RN.

Com a concretização deste objetivo desenvolvi competências de EE no âmbito de **C2 - “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”** (Regulamento nº140/2019, p. 4748) através da utilização de recursos de forma eficiente para a qualidade dos cuidados.

#### **- Refletir sobre os projetos e programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos**

A **realização de consulta e análise dos protocolos, normas e projetos, e a reunião com o enfermeiro orientador** possibilitou o conhecimento dos projetos implementados e dos que se encontram em fase de implementação. A **realização de uma reunião inicial em cada contexto de estágio para apresentação do projeto de estágio e discussão das respetivas atividades**, apresentou-se como uma oportunidade de identificar programas, procedimentos ou normas implementadas, ou

em fase de implementação, que se coadunam com a minha temática de estudo. Destaco de seguida alguns trabalhos que me foram dados a conhecer no âmbito da preparação para a cirurgia e da melhoria dos cuidados prestados nos diferentes contextos.

Na Consulta de Preparação para a Cirurgia existe uma norma hospitalar da preparação para a cirurgia e no internamento de Pediatria foi desenvolvido e implementado o “Programa de Preparação da criança e do jovem para a Cirurgia de ambulatório”. Tanto a norma como o programa têm como objetivo transformar a cirurgia numa experiência positiva identificando para isso os *stressores* que atingem as linhas de defesa do sistema criança-família, ajudando-os a desenvolver estratégias de *coping* que reforçam essas linhas de defesa. No SUP é seguida uma norma hospitalar relacionada com a “Intervenção de Enfermagem Para a Preparação Da Criança/Jovem e Família a Ser Submetida a Cirurgia no Serviço de Urgência Pediátrica” e está disponível um dossiê que contém um folheto para ser fornecido aos pais, intitulado “O Meu Filho/a Vai Ser Operado” e artigos científicos relacionados com a temática da preparação para cirurgia em contexto de urgência. Para além deste dossiê, existe ainda um livro intitulado “Uma Aventura no Bloco Operatório” que consiste num guia de preparação operatória em contexto de urgência para a criança em idade pré-escolar. Segundo a OE (2011) a existência de programas de preparação para a cirurgia da criança, jovem e pais tem benefícios na diminuição dos efeitos traumáticos da hospitalização e na redução de perturbações de comportamento no pós-operatório e na alta. Como o folheto já se encontrava desatualizado, **realizei a revisão do mesmo** focando aspetos relacionados com a gestão emocional (Apêndice XII). Com esta atividade, considero que desenvolvi a competência “**B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua**” (Regulamento nº140/2019, p. 4747).

No SUP existe ainda um conjunto de normas, protocolos e projetos que visam minimizar os efeitos traumáticos que a hospitalização de urgência pode ter na criança e família. Um exemplo desses documentos é o protocolo de “Sedoanalgesia inalatória com mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto” que tem como objetivo minimizar a ansiedade e a dor da criança associada a procedimentos dolorosos, o que contribui para minimizar a experiência psicológica negativa, diminuindo o medo que a criança poderá experienciar nos procedimentos seguintes. A Direção Geral de Saúde (DGS) (2012) salienta que a dor dos procedimentos é uma experiência emocional

desagradável e que é acompanhada frequentemente de medo e ansiedade, sendo que estas experiências emocionais podem agravar a dor, pelo que é necessária uma correta abordagem através de estratégias não farmacológicas e farmacológicas desde o primeiro contacto com os serviços de saúde (DGS, 2012). Este foi o primeiro contacto que tive com o citado protocolo que considero ser uma mais-valia nos cuidados à criança, jovem e família tal como referido pela DGS. Contudo, durante a minha permanência no SUP nunca tive oportunidade de observar a exequibilidade deste procedimento, mas observei a utilização de diversas estratégias não farmacológicas no alívio da dor, como por exemplo a distração. No âmbito da gestão da dor, observei, em todos os contextos de estágio, normas e procedimentos baseados em guias orientadores das boas práticas, que visam aliviar ou minimizar os efeitos que a dor pode ter no sistema criança-família.

Por fim, considero pertinente refletir sobre um projeto que foi desenvolvido na UCIN e cujo tema é “Cuidados de enfermagem ao bebé em fim de vida e família na UCIN” e que resultou na elaboração de um procedimento multisectorial e uma política de cuidados sobre o apoio ao luto. Esta é uma realidade na pediatria com a qual não estou familiarizada pois, apesar de o meu contexto de prática diária de cuidados a maioria das crianças sofrer uma doença crónica grave e potencialmente mortal, é raro confrontarmo-nos durante a hospitalização com a morte e com o processo de luto. Considero que este projeto realizado na UCIN é de extrema importância, tanto para os pais como para os profissionais. Segundo Justo da Silva (2010, p.282) “a morte de um bebé constitui um trauma avassalador para os Pais, e representa a perda do futuro, das suas esperanças e dos sonhos”. É por isso imprescindível que os profissionais, além de proporcionarem conforto e dignidade à criança em fim de vida, tenham também presentes as necessidades da família visto que a morte da criança não tem apenas impacto na família a curto prazo, mas também a longo. Também para os profissionais de saúde a perda de uma criança provoca um sentimento de luto, sentindo-se, por isso, a necessidade de criação de momentos de partilha. Em reflexão com a enfermeira orientadora, a mesma referiu a existência de uma sala, que pode ser preparada para receber o RN nesta situação, possibilitando uma maior privacidade à família durante este processo.

Este objetivo específico conduziu-me ao desenvolvimento de competências de EE no âmbito de **“C2.1. otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”** (Regulamento nº140/2019, p.4748).

## **- Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família**

A comunicação enfermeiro-cliente é vista como uma componente essencial do cuidar, constituindo-se como um instrumento terapêutico na redução do *stress* vivenciado pelo sistema criança-família, favorecendo a expressão de sentimentos. A utilização de técnicas de comunicação adequadas permite estabelecer uma relação de ajuda com o sistema criança-família sendo para isso imprescindível que o EEESIP comunique “com a criança e família **de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura**” (Regulamento nº422/2018, p.19194).

A utilização de técnicas adequadas de comunicação pode auxiliar a construção da relação, facilitando a gestão das emoções associadas aos processos de saúde-doença e de cuidados (Diogo, 2015). Neste âmbito, existem técnicas de comunicação verbais e não-verbais que auxiliam à expressão de pensamentos e sentimentos, estas são mobilizadas pelo enfermeiro e ajudam a estabelecer a relação terapêutica (Hockenberry, 2014).

Phaneuf (2005, p.23) define a comunicação como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”. É através deste processo de comunicação que o enfermeiro consegue identificar o significado atribuído por parte do sistema criança-família ao conceito de doença, hospitalização e cirurgia e identificar também as suas necessidades, podendo assim intervir de forma individualizada. A comunicação é uma ferramenta indispensável para os enfermeiros compreenderem o modo como o sistema criança-família percebe, sente, e reage face ao mundo que o rodeia. A comunicação terapêutica tem como objetivo “estabelecer uma relação efetiva e consciente com o paciente, de modo a ajudá-lo a enfrentar a tensão temporária, a conviver com outras pessoas, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a descobrir as suas possibilidades” (Maftum & Stefanelli, 2000, p. 70), tornando possível atender às necessidades do sistema-cliente em todas as suas dimensões.

Nos diferentes contextos de estágio **observei e utilizei diversas técnicas de comunicação (verbal e não verbal) e diversas estratégias** que tiveram sempre em consideração o estágio de desenvolvimento da criança, a família e a sua cultura. Para conseguir uma observação direcionada, em cada contexto, elaborei um **guia orientador da observação das estratégias utilizadas na comunicação com a**

**Criança, o Jovem e a Família** (Apêndice III), contribuindo assim para uma observação intencional e fundamentada.

De acordo com Andrade, Freitas, Marques, Lucena, Costa & Costa (2015), as estratégias de comunicação podem ser divididas em três grupos: expressão, clarificação e validação. As **estratégias de expressão** têm como objetivo ajudar o outro a demonstrar e a exteriorizar ideias e sentimentos, assim como descrever situações. Exemplos de estratégias de expressão são o uso do silêncio (“nesse momento a enfermeira e eu fizemos uma pausa, optando por ficar em silêncio”), ouvir reflexivamente, verbalizar interesse e fazer perguntas (“perguntei à mãe como se estava a sentir”). Algumas destas estratégias foram utilizadas por mim e pelas enfermeiras orientadoras ao longo dos diferentes contextos. A utilização do silêncio como estratégia leva a criança, o jovem ou a família a expressarem os seus sentimentos e procurarem respostas às suas questões (Hockenberry, 2014). Por outro lado, as **estratégias de clarificação** têm como objetivo ajudar a esclarecer os pensamentos e as ideias expressas pela criança e família. Utilizei estas estratégias para esclarecer termos incomuns e colocar os acontecimentos por uma ordem lógica. Verifica-se que na criança em idade escolar a procura de informação é uma forma de ela manter uma sensação de controlo sobre o que está a acontecer apesar do *stress* e da incerteza, ela necessita de saber se o procedimento irá provocar dor, como será realizado e qual o objetivo do mesmo. Neste estágio do desenvolvimento deve-se utilizar uma terminologia científica para explicar os procedimentos a realizar (Sanders, 2014). A utilização de um tom tranquilo, sem pressa e confiante, ser honesto, facilitar a expressão das preocupações e medos e usar por exemplo a técnica verbal de contar histórias (utilizei durante a consulta de preparação para a cirurgia o livro “Anita no Hospital” ou “O Diogo é operado”) ajudam tanto na comunicação com a criança como na gestão do medo (Hockenberry, 2014).

O recurso à brincadeira para comunicar com o sistema criança–família foi também por mim mobilizado nos diversos contextos e em numerosas situações, pois brincar, como é considerado por Hockenberry (2014), é a linguagem universal da criança, através da qual se podem retirar informações não só do desenvolvimento infantil, mas também dos seus sentimentos (Tavares, 2011).

Para construir uma comunicação efetiva o enfermeiro precisa de mobilizar a capacidade de saber ouvir o outro, identificar os seus sentimentos e tentar reconhecer os sentimentos que o outro se encontra a vivenciar utilizando assim as técnicas já

anteriormente descritas como o uso do silêncio, o brincar, o desenho e o fornecimento de informações/explicações (Jorge, 2004).

Ao longo do percurso formativo que desenvolvi, interagi com inúmeras crianças e famílias de diferentes origens culturais. Foi para mim evidente que, tal como é defendido por Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014) é necessário que o enfermeiro compreenda os valores, costumes e crenças de cada família para prestar um cuidado individualizado, pois a cultura pode, em alguns casos, tornar-se uma barreira à comunicação e provocar mal-entendidos não só na abordagem à criança, mas também na transmissão da informação.

A participação ativa na prática de cuidados e os conhecimentos adquiridos, após a pesquisa bibliográfica sobre a comunicação, permitiu-me a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências no âmbito da unidade de competência **“E.3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e á cultura”** (Regulamento nº422/2018, p. 19194).

#### **- Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem**

A promoção do desenvolvimento infantil procura ajudar a criança a “desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade e respeitando o seu ritmo” (OE, 2010, p.71) em parceria com a família.

Ao longo dos tempos tem-se vindo a valorizar a complexidade do desenvolvimento infantil, tendo contribuído para isso os trabalhos de diversos autores como por exemplo Piaget (perspetiva cognitiva), Kohlberg (perspetiva moral), Winnicott (relação mãe-bebé), Stern (intersubjetividade do afeto e a relação), Damásio (relação entre as emoções, sentimentos, a comunicação e a sua influência no desenvolvimento infantil) e Brazelton entre outros (Pinto, 2009; OE, 2010).

O desenvolvimento infantil é influenciado por diversos fatores de ordem genética e ambiental (físicos, sociais e culturais) e também pelas experiências adquiridas pela criança na interação com o ambiente em que se insere (Pinto, 2009), constituindo-se o seu desenvolvimento como um processo complexo e de natureza dinâmica (Castelo & Fernandes, 2009). Também a DGS (2013) vem reforçar a natureza dinâmica e complexa do processo de desenvolvimento, acrescentando que “é um processo dinâmico contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia



de uma criança para outra (...)” (DGS, 2013. p.52). Já Garrido e Boavida (2003) reforçam a influência negativa ou positiva dos fatores ambientais para o desenvolvimento e saúde da criança.

Há medida que aumentou o conhecimento sobre a importância dos diversos fatores no desenvolvimento, evoluiu-se “(...) da noção básica de que havia um «atraso do desenvolvimento psicomotor» ou «atraso na fala» para um melhor conhecimento das diferentes áreas” (Pinto, 2009, p. 677) como a motricidade global, a motricidade fina, os sentidos, a linguagem, a cognição não verbal, o raciocínio prático, o comportamento, as emoções, as competências sociais e a autonomia. É através da identificação de sinais de alarme durante a Consulta de Vigilância da Saúde Infantil que é possível encaminhar precocemente a criança para uma área especializada, se necessário (Castelo & Fernandes, 2009). Esta avaliação deve ser realizada nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil de forma contínua, através da observação da criança e da informação transmitida pelos pais, podendo ainda ser realizados, se necessário, testes de rastreio.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) reforça a importância das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil como uma oportunidade de detetar precocemente perturbações emocionais e psicomotoras, de forma a atempadamente implementar estratégias necessárias e a articular com outros programas ou cuidados de saúde. Durante a minha experiência na **UCSP** constatei que o EEESIP atua como promotor do crescimento e desenvolvimento infantil maximizando o potencial da família, através da transmissão de orientações antecipatórias indo ao encontro do descrito pela OE (Regulamento nº422/2018). Esta atuação torna evidente o papel importante dos enfermeiros na vigilância da criança, da educação e do aconselhamento dos pais. Ao longo do percurso de estágio na UCSP desenvolvi uma **participação ativa nas consultas de Saúde Infantil** em parceria com o sistema criança-família de forma a avaliar o crescimento e desenvolvimento, a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis, e a transmitir cuidados antecipatórios adequados à etapa do desenvolvimento.

Da experiência que vivenciei no âmbito dos cuidados antecipatórios, destaco a minha atuação relativamente à diversificação alimentar, à saúde oral e à prevenção de acidentes. **Durante as consultas tive a oportunidade de esclarecer dúvidas dos pais, mas também de lhes transmitir informações** sobre os alimentos a introduzir, quando introduzir e de que forma poderiam introduzi-los. Nos cuidados

relacionados com a saúde oral **fui informando e instruindo** acerca de como e quando deveriam as crianças iniciar os cuidados de higiene oral. Por fim, destaco a conversa com os pais de um lactente que, durante a consulta de Saúde Infantil, colocaram uma questão sobre o local onde a criança deveria dormir. A sua dúvida era se poderiam colocar o seu filho a dormir na cama do casal em vez de dormir no berço. Tive então a oportunidade de os informar acerca dos riscos de tal situação e, posteriormente, refletir sobre a enorme variedade de dúvidas que podem colocar-se aos pais e que é importante esclarecer. Daí a importância dos cuidados antecipatórios como uma forma de promoção da parentalidade, facultando aos pais instrumentos para um melhor desempenho na promoção e proteção do seu filho (DGS, 2013). Nesta linha de pensamento, acrescento ainda que no final de cada consulta incentivava os pais a lerem o Boletim Individual de Saúde, dando destaque às páginas correspondentes à consulta seguinte de Vigilância Infantil, sugerindo que registassem as suas dúvidas no campo correspondente a “preocupações dos pais/cuidadores” para que, durante a consulta, pudessem ser esclarecidos.

Ao longo do meu percurso na **UCSP apliquei em algumas consultas de Vigilância de Saúde Infantil a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada**, preconizada pelo PNSIJ e que se encontra disponível no sistema de registo informático (SClínico). Assim, aproveitei o momento de abordar os pais e criança na sala de espera para observar a criança a brincar e a interagir com o meio ambiente, possibilitando a recolha de informação importante sobre o desenvolvimento da mesma. Sharma e Cockerill (2014) reforçam a importância de observar a criança na sala de espera enquanto ela brinca, sendo essa altura rica em informações sobre o desenvolvimento da mesma. Hockenberry (2014) acrescenta ainda que através da brincadeira os enfermeiros podem identificar sinais relativos ao desenvolvimento físico, intelectual e social, transformando-se o momento antes do início da consulta como fundamental na observação da criança.

A avaliação do desenvolvimento foi realizada de forma transversal nos vários contextos de estágio, contudo destaquei o contexto de USCP pois neste contexto é realizado um registo informático da avaliação do desenvolvimento infantil.

Com o desenvolvimento destas atividades considero que desenvolvi a unidade de competência no âmbito de **E3.1. “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”** (Regulamento nº422/2018, p. 19194), através da participação ativa nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil.

## **- Prestar cuidados à criança, ao jovem e à família ao longo do ciclo de vida e tendo em conta os processos de saúde-doença**

O nascimento do primeiro filho leva ao desequilíbrio do sistema família, exigindo uma adaptação do papel conjugal para o papel parental (Hockenberry, 2014; OE, 2015b). Existem diversos fatores que influenciam o papel parental e as primeiras interações entre os pais e o RN são um dos momentos fulcrais para um desenvolvimento parental adequado (Wheeler, 2014). De acordo com Brezelton e Cramer (2007) as mães necessitam de obter reações do RN para sentirem que estão a ser competentes, ou seja, sempre que uma atitude de uma mãe provoca uma reação positiva no seu filho ela sente a sua competência reafirmada enquanto que se este apresentar reações invulgares, esta sente-se incompetente podendo colocar em risco a vinculação entre a díade mãe - RN.

A vinculação é definida como “um laço afetivo que, uma vez estabelecido, tende a perdurar, quer no tempo, quer no espaço” (OE, 2015b, p.20). A necessidade de construir vínculos emocionais é uma componente essencial ao ser humano presente ao longo de todo o ciclo vital (OE, 2015b). Durante a minha experiência nos vários contextos, procurei **identificar fragilidades na vinculação e no exercício da parentalidade, desenvolvendo intervenções** que pudessem proporcionar interações positivas entre o RN e os pais. Destaco o contexto de estágio da UCIN e de SCP onde recorri à **utilização de algumas estratégias como, por exemplo, incentivar os pais na colaboração dos cuidados**, destacando o momento dos cuidados de higiene ao RN ou mudança da fralda, pois estes momentos permitem que os pais se sintam ativos e envolvidos nos cuidados ao seu filho. **Incentivei também a expressão de sentimentos**, através não só da partilha com os profissionais de saúde, mas também com outros pais cujos filhos se encontrassem internados e que estivessem a vivenciar situações semelhantes.

Sendo o toque uma maneira de os pais comunicarem com o RN (Askin & Wilson, 2014) fui incentivando o toque durante a permanência dos pais na UCIN e no SCP. O contacto físico com o RN em especial através do Método Canguru foi instituído na UCIN através do projeto “Mãe Canguru”. Este método potencia inúmeros benefícios para o RN no âmbito do desenvolvimento neurocomportamental, vinculação mãe–RN, termorregulação, aleitamento materno, entre outros. Na equipa multidisciplinar o enfermeiro desenvolve um papel de destaque no âmbito da promoção de um ambiente seguro e afetivo na díade mãe-RN e a sua intervenção

autónoma promove a humanização dos cuidados (Nunes, Pessoa, Bucharles, Alverne, Sá & Carvalho, 2015; Sales, Santos, Rocha, Antunes de Araujo Filho & Carvalho, 2018).

No entanto, dado o meu interesse, a enfermeira orientadora explicou-me que as mães expressam medo de iniciar este contacto pele-a-pele, pois veem os seus filhos como seres frágeis, receando que o simples movimento de o retirar da incubadora possa agravar a sua condição de saúde. O papel do enfermeiro é então de enorme importância para, através da sua interação com a mãe, promover o envolvimento, a vinculação e gestão das emoções (Kynø, Ravn, Smeby, Torgersen & Gundersen, 2013).

Com as atividades desenvolvidas considero que aprofundei a competência de EEESIP no âmbito da **E3.2. “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”** (Regulamento nº422/2018, p. 19194).

Definindo-se como objetivo da parentalidade a promoção da sobrevivência física e a saúde da criança até que a mesma se constitua um adulto independente (Hockenberry, 2014), **desenvolvi nos vários contextos de estágio uma parceria com a família** com o intuito de a capacitar sobre os cuidados à criança, ajudando-os a superar os novos desafios de cada etapa do ciclo de vida. Capacitar a família sobre cuidados a realizar à criança (cuidados de higiene, cuidados ao coto umbilical ou preparação e administração de medicação) ajudou não só a desenvolver a confiança nos próprios, mas também nos cuidados prestados à criança.

Os cuidados prestados ao sistema criança-família ao longo dos vários contextos foram ao encontro da afirmação de Hockenberry (2014) que “os enfermeiros podem oferecer sugestões, que incluem aconselhar os pais a serem ouvintes ativos, terem um papel ativo na educação(...) fazer visitas regulares aos prestadores de cuidados de saúde, vacinar, assegurar a segurança dentro e fora de casa” (Hockenberry, 2014, p.59-60).

Ainda no âmbito desta temática, é importante destacar que o processo de doença e a hospitalização de uma criança pode dificultar a adaptação à parentalidade, pois constituem-se como situações inesperadas e que acarretam sentimentos de angústia e sofrimento. Os pais sentem-se muitas vezes perdidos, não sabendo o que os profissionais de saúde esperam deles o que acrescenta mais uma dificuldade à definição do seu papel como pais. No contexto de SUP e SCP constatei que os pais

se sentem perdidos no seu papel parental, experienciando ainda um turbilhão de emoções face à doença e instabilidade do seu filho. Atendendo a que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos filhos, “é responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade” (OE, 2015b, p.11). Segundo Mendes e Martins (2012) a parceria de cuidados com os pais não se pode resumir apenas aos hábitos da criança, implica que se consiga identificar na família como é que ela cuida da criança, quais os seus limites e de que forma é capaz de se adaptar para resolver os problemas de saúde. Uma das preocupações que tive ao longo dos vários contextos foi ir ao encontro das necessidades da família, identificando-as e negociando com esta o seu envolvimento nos cuidados prestados.

Nos diversos contextos antes da realização dos cuidados à criança **expliquei à família o que que iria realizar e porquê, explicando posteriormente como poderiam fazer em casa**. De um modo geral, as famílias identificam como importante que os enfermeiros expliquem o procedimento que vão realizar, o demonstrem e, por último, concedam a oportunidade de as famílias o realizarem com a supervisão do enfermeiro. Quando é demonstrado pela família que adquiriu as competências necessárias para realizar o procedimento, os enfermeiros atribuem-lhe essa responsabilidade (Estevinho, 2007). Ao envolver os pais nos cuidados, tornando-os parceiros no cuidar, dá-se preferência às necessidades da família, minimizando assim os *stressores* inerentes à hospitalização, o que por sua vez minimiza os efeitos negativos da mesma e garante um planeamento e preparação adequada para a alta (Sanders, 2014).

Sendo o planeamento para a alta um processo dinâmico e contínuo, este deve ser iniciado no momento da admissão, tendo continuidade ao longo da hospitalização de forma a incentivar o envolvimento da família nos cuidados, exigindo para isso uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde e o sistema criança-família. Este planeamento para a alta deve ser realizado de acordo com as necessidades identificadas na família e iniciado o mais precocemente possível (OE, 2011). Assim ao longo dos vários contextos de estágio fui procurando **realizar um plano de cuidados promotor da capacitação das famílias para o momento da alta**. Um exemplo disso foi um episódio no SUP em que face uma criança com um quadro de dificuldade respiratória que tinha sido admitida na triagem, demonstrei, ensinei e por fim supervisionei os pais a utilizarem a câmara expansora para a administração de broncodilatadores. Na Consulta de Preparação para a Cirurgia **expliquei e**

**demonstrei os cuidados adequados a cada tipo de cirurgia que deviam ser ministrados no domicílio após a alta.** As intervenções no âmbito do planeamento para a alta, desenvolvidas nos vários contextos, vão ao encontro do descrito por Sanders (2014) que destaca a necessidade de observar as capacidades da família devendo o planeamento para a alta incorporar a observação, demonstração e participação da família com supervisão do enfermeiro. Após a alta, deve existir um apoio, por exemplo uma visita domiciliária ou um contacto telefónico possibilitando o esclarecimento de dúvidas que tenham surgido posteriormente (Sanders, 2014). No SCP, no Internamento de Pediatria e na UCIN é realizado um telefonema após a alta com o objetivo de esclarecer dúvidas existentes, reforçar informações transmitidas no momento da alta e obter um *feedback* da família relativamente com os cuidados prestados ao longo do internamento. Desenvolvi assim a unidade de competência **E.1.1. “Implementa e gere, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”** (Regulamento nº422/2018, p. 19193)

Ao longo de todos os contextos de estágio procurei identificar situações de mau estar físico e psicológico, especificamente, situações que pudessem ser passíveis de causar dor ou desconforto na criança. Por exemplo, a realização de procedimentos dolorosos, recorrendo à utilização de estratégias para facilitar a gestão emocional do sistema criança–família (sucção não nutritiva, a contenção, a distração entre outros).

A dor associada aos procedimentos é uma experiência emocionalmente desagradável e que pode ser agravada perante o medo existente do sistema criança–família. A utilização de escalas de avaliação da dor devidamente validadas e adequadas à idade e estágio de desenvolvimento, como por exemplo a escala numérica, Escala de Faces Wong Baker, entre outras, auxilia na identificação adequada da dor da criança, para posteriormente em conjunto com o sistema criança–família se desenvolverem intervenções de gestão da dor adaptadas à sua individualidade (OE, 2008). Destaco como uma estratégia não farmacológica de alívio da dor o recurso à amamentação, quando existe receptividade da mãe, durante a realização de procedimentos dolorosos ao RN e lactente. O contexto da UCSP constitui-se como um contexto rico na observação do recurso a esta estratégia durante a realização do Teste de Guthrie e da vacinação. Não sendo uma estratégia com a qual me encontrasse familiarizada, a **aplicação da mesma demonstrou inúmeros benefícios não só no alívio da dor do RN e lactente, mas também no processo**

**de vinculação.** Segundo Galvão, Pedroso e Ramalho (2015, p.91) “a amamentação é uma intervenção natural que se tem relevado eficaz na diminuição da dor durante a vacinação”, sendo ainda acrescentado que é uma estratégia ideal a utilizar nos cuidados de saúde primários durante o momento da vacinação (Galvão, Pedroso & Ramalho, 2015). A DGS (2012) emanou um documento relacionado com as orientações técnicas do controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) reforçando a utilização da amamentação antes, durante e após os procedimentos dolorosos. Além da amamentação, este documento dá ênfase a estratégias como o uso da contenção e sucção não nutritiva nos lactentes, estando estas estratégias já incorporadas na minha prática de cuidados diária.

A minimização do medo relacionado com procedimentos potencialmente dolorosos, recorrendo a estratégias de gestão do medo e estratégias não farmacológicas no alívio da dor, constitui-se como primordial desde o primeiro contacto com os profissionais de saúde (DGS, 2012). Neste âmbito, além da **utilização de estratégias de preparação do sistema criança-família** para os procedimentos potencialmente dolorosos, tive **oportunidade de treinar estratégias de confronto, de distração e de relaxamento** adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança.

No que respeita à gestão do medo da dor durante a vacinação e com o objetivo de sensibilizar os pais para as estratégias da gestão emocional do medo que podem utilizar com seus filhos no momento da vacinação **elaborei um poster cujo título é “O meu filho vai ser vacinado, como posso ajudar? Orientações para Crianças dos 5-10 anos”** (Apêndice IV) onde se encontram descritas estratégias que podem ser utilizadas pelos pais no domicílio antes do momento da vacinação. A escolha deste intervalo de idades teve em conta os momentos de contacto para a vacinação de acordo com o Programa Nacional de Vacinação. Este poster foi elaborado para ser colocado na sala de espera, para que os pais pudessem consultá-lo sempre que recorriam às consultas de saúde infantil e à vacinação, pois é do escopo dos enfermeiros “preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança” (DGS, 2012, p.1). Para a elaboração deste poster recorri à pesquisa da evidência científica no âmbito da vacinação e da gestão emocional do medo e à discussão e reflexão com a enfermeira orientadora. Através do processo de elaboração deste poster desenvolvi competências no âmbito de EE **“B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e**

**colaborando em programas de melhoria contínua**” (Regulamento nº140/2019, p.4747), desenvolvendo também competência de EEESIP na unidade de competência **“E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.”** (Regulamento nº422/2018, p.19193).

Uma das grandes dificuldades sentidas no início deste percurso prendeu-se com a unidade de competência **“E1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”** (Regulamento nº422/2018, p.19193), particularmente com o critério de avaliação **“E.1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas”** (Regulamento nº422/2018, p.19193). Uma vez que a minha experiência em contexto pediátrico não é longa e exerço funções num serviço com características específicas, os diversos os contextos de estágio possibilitaram o desenvolvimento desta competência, em especial a sala de triagem no contexto do SUP.

Na verdade, o sistema criança–família que recorre ao SUP apresenta um conjunto de sinais e sintomas que necessitam, por parte do enfermeiro, um conhecimento profundo dos problemas de saúde comuns em cada estágio de desenvolvimento, de forma a conseguir identificar, através de uma avaliação inicial a possível causa que os conduziu ao SUP. Aproximadamente metade das minhas horas de estágio em contexto do SUP foi realizado na sala de triagem, desta forma tive a **oportunidade de observar e identificar** algumas das patologias mais comuns da infância associadas também à sazonalidade, sendo exemplo disso as infeções respiratórias no período do inverno. Segundo a enfermeira orientadora no período do verão as patologias mais comuns são do foro dermatológico. Senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos nesta matéria, pelo que **realizei uma pesquisa bibliográfica** para dar resposta a esta lacuna de conhecimentos relacionados com as doenças comuns da infância e os cuidados de enfermagem apropriados.

Saliento ainda duas situações que foram também importantes na aquisição de conhecimentos na área anteriormente referida e tiveram lugar no contexto de estágio da UCSP. Como esta unidade de serviços dá resposta a crianças encaminhadas para os cuidados de saúde primários através da linha de Saúde 24h, durante o período das 8h-9h, tive a oportunidade de estar presente em duas situações de encaminhamento durante as quais a enfermeira orientadora, perante o conjunto de sintomas



verbalizados e sinais identificados, interveio com o objetivo da melhoria do estado geral da criança, aproveitando este momento de contacto para promoção da saúde e prevenção da doença do sistema criança–família, encaminhando-o posteriormente para outro profissional de saúde.

Trabalhando num serviço onde existem situações de instabilidade das funções vitais associadas à patologia cardíaca, senti necessidade ao longo dos diversos contextos, em específico na UCIN e no contexto do SUP, de desenvolver e aprofundar conhecimentos nesta unidade de competência **“E2.1 Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”** (Regulamento nº422/2018, p.19193). Na UCIN existe uma vigilância contínua da estabilidade hemodinâmica dos RN encontrando-se alguns com necessidade de assistência ventilatória não invasiva ou mesmo invasiva. Nunca tendo contacto com RN nestas situações senti necessidade de **realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema**, sustentando os meus cuidados na evidência científica atualizada. Ao acompanhar a enfermeira orientadora ao longo do contexto de estágio, constatei a observação e apreciação regular do RN através de uma monitorização cardiopulmonar contínua, identificando precocemente sinais de instabilidade (Askin & Wilson, 2014).

No contexto do SUP a sala de reanimação dispõe de documentação sistematizada e de fácil acesso para o tratamento de situações de instabilidade ou de risco de vida, contribuindo para uma atuação rápida em situação de *stress*.

Além da experiência adquirida nos diversos contextos de estágio, realizei, após este percurso de estágio, o curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, que proporcionou a mobilização dos conhecimentos adquiridos para a prática de cuidados, identificando com antecedência possíveis sinais e sintomas geradores de instabilidade hemodinâmica que podem ser potencialmente fatais quando não identificadas precocemente.

Destaco, por fim, o **registo informático de diversos diagnósticos de enfermagem** que espelham o trabalho autónomo dos enfermeiros. No entanto, os diagnósticos relacionados com as **experiências emocionais e a expressão das emoções do sistema criança-família**, tal como as estratégias mobilizadas na gestão dessas emoções e o resultado das mesmas, nem sempre é registado informaticamente. Ao longo do percurso de estágio observei que os diagnósticos de enfermagem relacionados com a dimensão emocional que são mais frequentemente

descritos se referem ao papel parental e à vinculação, mas mesmo estes não se encontravam registados em todos os contextos de estágio onde me foi dado prestar cuidados de saúde. Na maioria das vezes, os diagnósticos, intervenções e resultados são verbalizados, debatidos e transmitidos em equipa durante a passagem de turno ou em momentos informais de forma a dar continuidade aos cuidados, mas não são registados o que dificulta a visibilidade do trabalho emocional realizado pelos enfermeiros. Este **tema foi discutido com os enfermeiros orientadores dos diferentes contextos de estágio** que, quando questionados, referiram identificar a importância da existência de um registo informático de diagnósticos relacionados com as experiências emocionais, não só para a continuidade de cuidados, mas também para dar visibilidade ao trabalho emocional em pediatria (Diogo, 2015). Segundo Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes e Fonseca (2017, p.101) “o trabalho emocional dos enfermeiros (...) contribui para o desenvolvimento das práticas numa perspetiva holística e humanizada”, existindo uma necessidade de adequar a parametrização em pediatria para que se consiga dar visibilidade à dimensão emocional dos processos de saúde-doença.

As emoções fazem parte da vida de cada ser humano, pelo que é essencial desenvolver ferramentas que auxiliem a pessoa a fazer uma adequada gestão das suas emoções perante eventos adversos. Perante a experiência de cirurgia o sistema criança-família encontra-se a vivenciar um momento de desequilíbrio, tendo então o enfermeiro um papel de destaque no restabelecimento do equilíbrio e bem-estar do sistema através da minimização do impacto negativo do processo cirúrgico (Pereira *et al*, 2010).

Com o propósito de atingir o segundo objetivo geral **“desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e a família”** foram delineados três objetivos específicos que irei seguidamente descrever e refletir sobre eles.

### **- Identificar os medos das crianças, dos jovens e pais nos diferentes contextos clínicos**

O medo faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e deve ser entendido como um desafio que cada uma é capaz de superar. É natural que crianças, jovens e pais experienciem a emoção de medo (OE, 2014) associada aos

processos de saúde-doença (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2017). Esta emoção é imprescindível para o desenvolvimento humano, uma vez que facilita o desenvolvimento de mecanismo que permitem lidar e adaptar-se a situações adversas (Sequeira, 2011).

Em cada estágio do desenvolvimento, a criança experiencia medos que são considerados normais ou desenvolvimentistas, contudo existem fatores geradores de *stress* na hospitalização e no processo cirúrgico que podem intensificar esses medos, e que são transversais a todas as crianças, destacando-se os seguintes: a separação do seu ambiente, dos pais e das atividades habituais; a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido e à alteração de rotinas; a dor provocada pelos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e a incerteza relacionada com a anestesia, a cirurgia e os resultados dos procedimentos (OE, 2011).

À medida que a criança cresce e vai desenvolvendo uma maturidade emocional, vai adquirindo novas aprendizagens que irão contribuir para o desaparecimento gradual dos medos. Contudo, se a criança numa determinada idade é hospitalizada e submetida ao processo cirúrgico, os medos que são normativos nesses estádios do desenvolvimento podem ser exacerbados pelos *stressores* associados à hospitalização, pelo que é necessária uma atenção redobrada por parte dos enfermeiros para ajudar na gestão dos mesmos, desenvolvendo com o sistema criança-família estratégias para superar o medo (OE, 2011).

Neste percurso de estágio reconheci a importância de fazer uma apropriação de conhecimentos referentes aos principais medos normativos de cada estágio do desenvolvimento pelo que realizei uma **pesquisa bibliográfica relacionada com os medos normais ou desenvolvimentistas** e, posteriormente, uma **pesquisa direcionada para os medos comuns com enfoque no processo cirúrgico**, experienciados pelo sistema criança-família ao longo dos processos de saúde-doença. Além da realização da pesquisa bibliográfica, frequentei o **Curso Intensivo de Intervenção nos Medos e Ansiedade na Infância (E-learning)** (anexo I) que foi um elemento-chave na consolidação de conhecimentos adquiridos e foi promotor da aquisição de novos conhecimentos relacionados com neurobiologia do medo e metodologias de identificação do mesmo. Os conhecimentos que adquiri com estas ações foram um elemento facilitador para a identificação da emoção de medo nos diversos contextos de estágio.

Através da observação participativa com o sistema criança-família e possuindo um olhar direcionado para os comportamentos e discurso dos mesmos, identifiquei manifestações de medo expressas de forma verbal ou não verbal. De modo a orientar a minha observação sobre os medos do sistema criança-família elaborei um **guia orientador da observação dos principais medos da criança, do jovem e da família** (Apêndice V).

A criança experiencia vários medos considerados normais ou desenvolvimentistas em cada estágio do seu desenvolvimento. Assim, aos **0-1 ano**, quando as crianças estão a desenvolver confiança com o meio ambiente e o pensamento sensório-motor, pude observar em todos os contextos de estágio, situações de medo face a estímulos intensos e desconhecidos e a pessoas estranhas (6-12 meses), manifestado através de comportamentos como choro, agitação e desconfiança (Almeida, Dias & Rato, 2002; OE, 2011). Estas manifestações foram observadas, na sua maioria, associadas à realização de procedimentos dolorosos e à necessidade de separação dos pais.

Na fase dos **1-3 anos** o *toddler* encontra-se a desenvolver a sua autonomia. Neste estágio de desenvolvimento os medos mais comuns são a separação dos pais, o escuro e as mudanças do meio envolvente (Almeida, Dias & Rato, 2002; OE, 2011; Sanders, 2014). As crianças nesta idade reagem à separação dos pais e do meio ambiente com comportamentos de protesto e de agressão verbal a pessoas estranhas. Durante o estágio no SCP e no SUP tive oportunidade de verificar o medo associado à separação dos pais quando estes se ausentavam para tomar as suas refeições, pois logo que eles se ausentavam algumas crianças começavam a chorar e a chamar por eles. Também identifiquei o medo da lesão corporal associado a procedimentos dolorosos necessitando de recorrer a diversas estratégias de gestão não farmacológica do alívio da dor e a estratégias de gestão do medo (que irei abordar no objetivo específico seguinte). Destaco alguns comportamentos observados durante o momento da vacinação e que se traduziam em expressão facial de dor, resistência física e não cooperação. Uma situação que realço foi uma criança que antes do momento da vacinação se escondeu atrás da mãe e começou a chorar e a verbalizar que não queria levar “picas”.

Na **idade dos 4-6 anos** a criança mantém-se no estágio de desenvolvimento pré-operacional. Nesta fase o medo gera sentimentos de culpa e a criança percebe os procedimentos como uma punição a algo que ela tenha feito. Os medos mais

comuns são o medo do escuro, o medo de se magoarem, a separação dos pais e de ficar sozinho (Almeida, Dias & Rato, 2002; OE, 2011; Sanders, 2014). Nesta fase a criança apresenta alguns comportamentos face aos *stressores*, semelhantes aos descritos anteriormente, contudo destaco a regressão no seu estágio de desenvolvimento, o sentimento de culpa (*eu vim para o hospital porque bati no meu primo*) e a solicitação de suporte emocional (a criança olhava para a mãe e com os olhos em lágrimas gritava *mamã não deixes*) observados ao longo dos contextos de SUP, SCP e USCP.

**Aos 7-11 anos** a criança encontra-se num estágio de desenvolvimento que é caracterizado pelo pensamento operativo concreto. Nesta etapa do desenvolvimento a criança tem facilidade em expressar os seus medos e consegue aceitar a separação, contudo tem medo de não ser capaz de acompanhar os seus pares nas atividades escolares após a separação. Os medos mais comuns neste período são o dano corporal, a morte, o ridículo, os acidentes, as doenças e o mau rendimento escolar (Almeida, Dias & Rato, 2002; OE, 2011; Sanders, 2014). Nas crianças que tive oportunidade de contactar, observei uma enorme curiosidade sobre o que estava a acontecer e a solicitação constante de explicações sobre os procedimentos, necessitando posteriormente de negociar a realização dos mesmos. Um comportamento que destaco face ao medo do dano corporal consiste no adiamento do procedimento com frases como: *espera mais um bocadinho* ou *eu faço, eu faço, mas deixa-me preparar*, verbalizadas frequentemente mesmo após o recurso à estratégia de negociação.

**O adolescente (12-18 anos)** encontra-se nesta fase a desenvolver a sua identidade, o seu pensamento e raciocínio abstrato e formal. Nesta fase o adolescente tem medo da alteração da imagem corporal, medo de perder o controlo, medo da morte e da incapacidade (Almeida, Dias & Rato, 2002; OE, 2011; Sanders, 2014). Comportamentos como a apatia, o isolamento, o silêncio ou então os excessos de confiança foram observados ao longo deste percurso. Foi na Consulta de Preparação Para a Cirurgia, SCP e no SUP que observei a expressão desses medos através de questões como *e se não acordar da anestesia?*, *como vai ser a cicatriz?*, *vou sentir alguma coisa?* e ainda *não preciso de nenhuma cirurgia, sinto-me bem*.

Nestas situações, não são apenas as crianças que vivenciam a emoção de medo face à hospitalização e ao processo cirúrgico, a família manifesta igualmente medo e ansiedade face à realização de procedimentos potencialmente dolorosos

*(Tenho tanto medo da dor que ele vai sentir! – dizia uma mãe no momento da vacinação); à cirurgia; ao agravamento ou início da doença súbita (Já devia ter vindo mais cedo, a culpa é minha.- afirmava outra mãe na triagem da SUP) ou mesmo devido à separação (Agora fica aqui sozinho.) e à hospitalização.*

As conclusões da **observação participativa** que realizei em cada contexto de estágio foram corroboradas pelas **entrevistas semiestruturadas** que fiz **a cada enfermeiro orientador** dos diferentes contextos formativos (Apêndice VI) e vão também ao encontro da evidência científica. Na sua reflexão, estes profissionais referiram-se aos principais medos (verbais e não verbais) que as crianças, jovens e pais costumam expressar destacando-se no **SUP** o medo do profissional de saúde (figura da “bata branca”), medo dos procedimentos e da sala de tratamentos. Na **UCSP** durante o momento da vacinação os medos observados nas crianças e nos jovens, segundo a enfermeira orientadora, são: medo da dor, medo das agulhas e medo do desconhecido (jovens em que os amigos da escola já foram vacinados e referem que dói). Em relação aos pais: medo das possíveis reações secundárias (febre) e medo da dor provocada no filho (*dói mais a mim que ao meu bebé.*). Nas consultas de saúde infantil, as crianças têm medo da existência de algum procedimento doloroso e o medo que durante a consulta aconteça algo inesperado (medo do desconhecido). Por parte dos pais foram identificados medos relacionados com o aumento ponderal, as alterações no desenvolvimento e a amamentação. Na **UCIN**, os principais medos dos pais estão relacionados com a incerteza face ao futuro, medo do procedimento cirúrgico e medo das sequelas ou da morte do seu filho. Na **consulta de preparação para a cirurgia**, os principais medos expressados de forma verbal ou não verbal pelas crianças, traduzem-se no medo do procedimento doloroso (punção venosa), acordar a meio da anestesia, medo da anestesia e medo de não poder realizar as atividades diárias. Em relação aos pais os principais medos são a anestesia e o medo do desconhecido. Por fim no **SCP**, os medos mais comuns da criança e jovens são o medo da morte, medo da alteração da imagem corporal, medo da dor relacionada com os procedimentos invasivos e o medo da separação dos pais. De entre os medos expressados pelos pais destaco o medo da dor da criança, a separação, o medo do procedimento cirúrgico e o medo da morte.

Com as atividades desenvolvidas adquiri competências de EEESIP no âmbito da facilitação expressiva das emoções, reconhecendo-as e dando espaço para a ventilação de sentimentos da criança, do jovem e da família, desenvolvendo assim as

unidades de competência **E1.2. “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”** e **E3.4. “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”** dando resposta ao critério de avaliação **E1.2.3. “Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico”** e **E3.4.1. “facilita a comunicação expressiva das emoções”** (Regulamento nº422/2018, p. 19193-19194).

**- Analisar as estratégias utilizadas na gestão emocional do medo na criança, no jovem e nos pais**

A gestão das emoções nos cuidados de enfermagem encontra-se intrinsecamente ligada à experiência e perícia dos enfermeiros. Segundo Benner (2001) o enfermeiro ao caminhar para perito tende a envolver-se mais com o outro e a dar uma maior importância às emoções vivenciadas na prática diária de cuidados.

O cuidado humanizado e holístico por parte do EEESIP inclui a dimensão emocional e a gestão das emoções do sistema criança-família, transformando os processos de saúde-doença em experiências positivas com aquisição de novas aprendizagens. As estratégias de gestão das emoções encontram-se inscritas no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2017), no qual o enfermeiro assume um papel de destaque como gestor emocional dos clientes, conduzindo à transformação das experiências negativas e aquisição de novas competências. Contudo é imprescindível que o enfermeiro, enquanto gestor emocional também consiga regular as suas próprias emoções de modo a não se sentir impotente ou emocionalmente exausto (Diogo, 2015; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2017).

A observação ao longo deste percurso formativo, permitiu constatar situações de exaustão emocional nos enfermeiros relacionados com excesso de trabalho e a falta de recursos humanos e materiais. Esta constatação vai ao encontro do descrito na literatura científica por Diogo (2015), ao destacar que o excesso de trabalho, o cansaço e o *stress* são fatores que dificultam a regulação das próprias emoções dos enfermeiros para o cuidar. Com base nestas observações e reflexões, tive a oportunidade em dois contextos de estágio de realizar **sessões de formação** (Apêndice VII) onde além de abordar as estratégias da gestão emocional descritas na evidência científica, deixei espaço para a partilha e análise de situações que os

participantes tivessem experienciado, conduzindo assim à reflexão em grupo dessas experiências e à discussão de estratégias de gestão desses momentos emocionalmente intensos. O recurso à realização de sessões como **momento de partilha e reflexão** são consideradas estratégias que podem ser adotadas pelas equipas de enfermagem, ajudando os enfermeiros a transformar emoções perturbadoras e a promover o alívio do sofrimento face a situações emocionalmente intensas (Diogo, 2015, 2017). Com a realização destas sessões desenvolvi competências de EE no âmbito EE **“B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”** (Regulamento nº140/2019, p.4747).

Além desta abordagem centrada na gestão das emoções do enfermeiro, **observei e analisei as estratégias empregues pelos enfermeiros orientadores na gestão emocional do sistema criança-família**. Com intuito de obter uma observação direcionada e organizada elaborarei um **Guia Orientador da Observação das Estratégias de Gestão Emocional do Medo da Criança, do Jovem e da Família** (Apêndice VIII). Este guia foi sustentado em observações prévias da prática de cuidados e em pesquisa bibliográfica realizada (nomeadamente no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Diogo, 2017), a partir dos quais agrupei as estratégias de gestão emocional em três grandes categorias: promover o ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto e gerir as emoções dos clientes.

Quanto ao ambiente seguro e afetuoso, como já referido ao longo do corpo deste relatório, verifica-se uma ligação intrínseca entre o mundo imaginário e o ambiente pediátrico, as paredes são coloridas e decoradas com desenhos, existem televisões nos quartos, salas de espera e salas de tratamento que, maioritariamente, se encontram a transmitir desenhos animados. Nas épocas festivas as unidades pediátricas são decoradas com a temática da época, recordo o primeiro dia que entrei num dos contextos de estágio e observei, além dos desenhos nas paredes alusivos ao mundo pediátrico, os tetos e as portas encontravam-se também decorados com enfeites do Halloween (Anexo II) transformando o serviço num ambiente acolhedor e próximo do sistema criança-família. No caso da UCIN e do SCP pude também observar que numa das paredes existiam fotos de RN ou crianças que tinham sido hospitalizadas anteriormente. Quanto ao afeto que nutre os cuidados, em cada interação enfermeiro-criança-família, destaco o sorriso com que os enfermeiros



orientadores se apresentavam no primeiro contacto. Especificamente na UCSP e Consulta de Preparação para a Cirurgia, as enfermeiras iam à entrada da sala de espera ou à porta do gabinete cumprimentar o sistema criança-família e encaminhar para a sala (iam ao seu encontro de uma forma acolhedora). Estas estratégias ambientais (paredes pintadas) e relacionais (acolher com sorriso, cumprimentar) contribuem para a criação de um **ambiente seguro** e para o desenvolvimento de uma **relação afetuosa** com a criança e família (Diogo, 2015, 2017).

Quanto à gestão das emoções da criança e família, o recurso à simulação de procedimentos na pessoa significativa constitui-se como uma estratégia que visa diminuir o medo face ao desconhecido. Através da exemplificação do procedimento nos pais ou pessoa significativa este passa a ser conhecido e menos ameaçador. Em vários contextos pude observar os EEESIP a exemplificarem nos pais os procedimentos que iam ser realizados. Destaco por exemplo, a colocação da braçadeira para a avaliação da tensão arterial ou a colocação do garrote para as punções venosas. O facto de aplicar primeiro a braçadeira nos pais ou familiar significativo e de obter a colaboração da criança na realização desta ação, conduz à desmistificação do acontecimento minimizando desta forma o medo do desconhecido.

Além de simular o procedimento nos pais ou pessoa significativa, a presença destes nos cuidados promove o sentimento de segurança na criança, visto encontrar-se num ambiente desconhecido que deixa de ser tão ameaçador. Este envolvimento nos cuidados e presença durante a hospitalização dá espaço para manterem o papel parental, mas também promove um sentimento de segurança no sistema (Brown, 2014; Diogo, 2015, 2017).

O medo das crianças face aos procedimentos dolorosos ou ao ambiente desconhecido foi notório em todos os contextos de estágio, como já referido anteriormente. Uma das estratégias utilizadas frequentemente pelo EEESIP consistia em os pais, na maioria a mãe, sentarem a criança no seu colo contendo-a com um abraço e dando assim limites ao corpo da criança, encontrando-se em simultâneo a confortá-la e a transmitir-lhe segurança. Na UCSP era notório o recurso a esta estratégia durante o processo de vacinação principalmente no lactente e no *toddler*.

Ao longo deste percurso, constatei que um dos principais medos identificados é o medo do desconhecido que advém da ausência de informação. O facto de informar e explicar o que se vai fazer e o que vai acontecer facilita a compreensão por parte do sistema criança-família, potenciando um sentimento de controlo da situação (Diogo,

2015). Ao fornecer informações e explicações ao sistema criança-família mantive presente a necessidade de as adequar à individualidade do sistema. Além das explicações e informações transmitidas, incentivei à manipulação de equipamento associado aos cuidados de saúde. Segundo Brown (2014) e Diogo (2015, 2017) a manipulação de equipamentos reais (seringas, compressas, ligaduras, braçadeiras) utilizados durante os procedimentos ajuda à familiarização com os mesmos, reduzindo assim o medo do desconhecido.

Promover a expressão de sentimentos dando espaço ao sistema criança-família para verbalizar o que está a sentir, foi outra estratégia que pude observar e colocar em prática longo dos contextos de estágios. Na Consulta de Preparação para a Cirurgia a enfermeira orientadora, após fornecer as explicações dava espaço para o sistema criança-família verbalizar as suas emoções face à informação transmitida (Diogo, 2015, 2017). Numa das situações ao perguntar-se à mãe como se sentia em relação à cirurgia a mesma ficou em silêncio, respondendo após uma pausa que tinha medo da medicação pré-anestésica, o que estava relacionado com uma experiência anterior em que a sua filha tinha ficado muito inquieta após a administração da medicação. Após a verbalização da mãe, a enfermeira reforçou que a medicação utilizada nesta cirurgia seria diferente e que se a sua filha ficasse mais agitada a mãe poderia por exemplo falar com ela ou distraí-la com um objeto que fosse significativo, contribuindo assim para tranquilizar e facilitar a gestão das emoções da mãe.

Na UCIN os pais encontram-se a vivenciar um período emocionalmente intenso relacionado com o nascimento do seu filho, que é considerado um momento de alegria, embora estes pais vivam, concomitantemente, um momento de instabilidade e a ameaça da morte. A esta vivência emocional intensa acresce-se a possibilidade do seu filho ser submetido a uma cirurgia de urgência. Face a esta vivência tão complexa os pais podem ter dificuldade em expressar as suas emoções. Segundo Diogo (2015, 2017) é necessário encorajar a expressão de sentimentos quando os pais se encontram perante uma situação emocionalmente intensa e não conseguem verbalizar ou exprimir as suas emoções. Neste sentido, e em colaboração com a enfermeira orientadora, **desenvolvi o “Diário do Recém-Nascido”** (Apêndice IX), que teve como objetivo a expressão das emoções, através da escrita, dos pais e familiares perante a hospitalização e a cirurgia. Este diário pretende não só encorajar os pais a expressarem as suas emoções, mas também fomentar a esperança, incentivando o registo das pequenas “vitórias” realizadas por ambos ao longo da

hospitalização e do processo cirúrgico. O registo destas “vitórias” transmite aos pais a possibilidade de encontrar um lado positivo na vivência emocionalmente intensa que se encontram a experienciar (Diogo, 2015, 2017). O reforço positivo como estratégia (elogioterapia), foi mobilizada diversas vezes em associação com o contrato comportamental e as estratégias de confronto na realização de procedimento invasivos. Reforçar positivamente a criança com frases como “*tu és forte*” e “*tu és capaz*” ajuda a criança a desenvolver estratégias de confronto que se traduzem numa assimilação de que a mesma é capaz de superar o seu medo. A valorização da criança ou jovem quando conseguem ultrapassar a situação de medo aumenta a confiança e autoestima da mesma. Por fim, a recompensa no final da experiência (diploma, penso com bonecos, brinquedo) acordada através do contrato comportamental, valoriza a atitude positiva da criança perante a experiência.

O recurso à distração através do brincar ou do desenhar no caso das crianças e da música no caso dos adolescentes, contribui para a abstração dos pensamentos e sentimentos perturbadores e também para tranquilizar, focando a atenção em situações que não os procedimentos ou a hospitalização. Como tal, no SCP disponibilizei a alguns adolescentes livros de mandalas para que pudessem desviar o foco da sua atenção da hospitalização e da separação.

Diversas estratégias mobilizadas e descritas anteriormente (preparar para procedimento, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e distração) são consideradas **estratégias de gestão emocional de antecipação**, enquanto que estratégias como envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, encorajar e fomentar a esperança são **estratégias de gestão das emoções reativas** (Diogo, 2015, 2017)). Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2015, p. 50) “a experiência dos enfermeiros surge como essencial para mobilizar estratégias que podem ajudar a reduzir o medo e aumentar a segurança e o controlo sobre a situação e assim ajudar no confronto de situações emocionalmente intensas”.

Com a concretização deste objetivo adquirir competências de EEESIP no âmbito da **E1.2. “*Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem*”** (Regulamento nº422/2018, p. 19193) identificando ao longos dos vários contextos situações de mal-estar psíquico e emocional; **E2.5. “*Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica,***

**deficiência/incapacidade”** (Regulamento nº422/2018, p. 19193), através da capacitação da criança, jovem e família de estratégias de *coping* face ao medo; e por fim **E3.4.” Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”** através da facilitação da comunicação expressiva de emoções (Regulamento nº422/2018, p. 19194).

**- Fundamentar as estratégias utilizadas pelo EEESIP na preparação cirúrgica, em específico na gestão dos medos da criança, do jovem e da família**

O culminar deste percurso traduziu-se na aplicação de estratégias de gestão da emoção de medo na preparação do sistema criança-família para o momento da cirurgia. Foi um percurso rico em experiências neste âmbito, tendo existido a oportunidade de prestar cuidados ao sistema criança-família no período do pré-operatório, na maioria dos contextos de estágio. Este percurso foi enriquecido com a realização de dois dias de observação num contexto de internamento de pediatria, onde foi implementado um programa de preparação para a cirurgia em contexto de ambulatório. A implementação deste programa emergiu da necessidade identificada pelos EEESIP no seu contexto de trabalho e foi sustentado pela evidência científica. A evidência científica demonstra ganhos em saúde com a preparação psicológica do sistema criança-família no período do pré-operatório, revelando-se eficaz na diminuição do medo perante os *stressores* associados à hospitalização e ao processo cirúrgico, diminuindo as complicações do período pós-operatório (Hosey *et al.*, 2014). Teixeira e Figueiredo (2009) acrescentam que as intervenções realizadas no período de pré-operatório demonstram mudanças no comportamento da criança face ao medo.

O medo do desconhecido é superior ao medo do conhecido, pelo que existe uma necessidade imperativa de reduzir os elementos desconhecidos ao sistema criança-família associados ao processo cirúrgico e à hospitalização. Assim, dotar as famílias de informação objetiva e concreta acerca do processo cirúrgico e da hospitalização facilita o confronto com os mesmos, reforçando as linhas de defesa do sistema (Tavares, 2011).

Ao longo dos vários contextos de estágio desenvolvi atividades no âmbito da pesquisa bibliográfica e da observação participada dos cuidados. Como já referido anteriormente, e pretendendo manter uma linha orientadora da observação suportada pela evidência científica disponível, desenvolvi um **Guia Orientador da Observação**

## **das Estratégias Utilizadas pelo EEESIP na Preparação da Criança, do Jovem e da Família para a Cirurgia (Apêndice X).**

Durante a experiência nos vários contextos de estágio onde funciona a consulta de enfermagem para a preparação do sistema criança-família no período pré-operatório, pude observar que esta é realizada de forma individual o que contribui para uma avaliação e intervenção tendo em conta a perspetiva holística (fisiológica, psicológica, sócio cultural, espiritual e desenvolvimento) do sistema (Neuman & Fawcett, 2011). Uma preparação dirigida às necessidades do sistema pode transformar uma situação de potencial crise numa oportunidade de crescimento e desenvolvimento (Barros, 2003), através da identificação dos *stressores* e de intervenções dirigidas às necessidades (OE, 2011).

As EEESIP que orientaram o meu percurso, adotavam como boas práticas ir ao encontro das famílias à entrada, do gabinete ou do serviço, apresentando-se e acompanhando-as ao local onde se iria realizar a consulta. Segundo Diogo (2015, 2017) acolher os clientes na admissão aos diferentes contextos, apresentando-se, falando de forma afetiva e simpática constitui-se como o primeiro passo para ajudar a construir uma relação e dar início à colheita de dados. De facto, promover o acolhimento ao serviço e a entrevista de avaliação inicial são consideradas duas estratégias iniciais utilizadas na preparação para a cirurgia pelos enfermeiros nos diferentes contextos. Durante este primeiro contacto com o sistema criança-família, é possível identificar diversos fatores que podem condicionar a forma como é realizada a consulta de preparação para a cirurgia, nomeadamente a idade, estágio de desenvolvimento, estilo de confronto, experiências prévias de hospitalização ou cirurgia e o tipo de cirurgia (Barros, 2003; OE, 2011). Um exemplo da importância da identificação inicial destes fatores decorreu durante uma das consultas na qual identifiquei uma discrepância entre a idade cronológica da criança e o seu estágio de desenvolvimento, pelo que se justificou uma abordagem diferente da consulta adaptando a linguagem e as estratégias utilizadas para aquela criança.

A colheita de dados dos hábitos do sistema criança-família proporciona não só um conhecimento aprofundado do sistema, das suas preferências e das suas particularidades, mas também propicia a compreensão de como a criança vivencia a dor, permitindo recolher informações importantes relacionadas com a história da dor. A avaliação da dor é indissociável da excelência de cuidados e a mobilização de estratégias de gestão desta emoção devem ser desenvolvidas em todos os contextos

de cuidados, dando enfoque a uma parceria de cuidados com os pais na gestão da mesma, promovendo o ensino da identificação e de estratégias de gestão não farmacológica da dor (OE, 2008). A colheita da história de dor durante a consulta contribuiu não só para a construção do diagnóstico, mas também obter informações úteis sobre a prevenção, a avaliação e a seleção das estratégias não farmacológicas de alívio da dor (OE, 2013). Durante esta colheita da história da dor procurei capacitar (instruir, treinar e validar) o sistema criança-família na avaliação da dor, através de uma escala de avaliação da dor adequada ao estágio de desenvolvimento. No caso da escala de faces de Wong-Baker, fui clarificando as diferentes caras (*esta não tem dor, esta tem um bocadinho de dor, esta tem mais um bocadinho...*) e perguntei à criança como se sentia nesse momento e como se tinha sentido em situações potencialmente dolorosas (quedas) questionando posteriormente os pais sobre quais as estratégias de alívio da dor utilizadas no domicílio. Aprofundar conhecimentos relativamente ao sistema criança-família conduz a uma intervenção individualizada, particularmente da dor no período pós-operatório. Por isso, durante as consultas não se realiza apenas o treino da escala de avaliação da dor, mas também o treino de algumas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, adequadas ao sistema criança-família, que constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança e do jovem (OE, 2013).

Na **entrevista realizada à EEESIP**, no contexto da Consulta de Preparação para a Cirurgia (Apêndice VI), a mesma referiu que existe uma necessidade de procura de informação por parte do sistema criança-família. A transmissão de informação promove o domínio sobre a situação, ajudando a antecipar todo o processo cirúrgico transformando, assim, o desconhecido em conhecido e eliminando os mitos relacionados com o processo cirúrgico (LeRoy *et al*, 2003). A informação transmitida deve ser adaptada à individualidade de cada sistema podendo recorrer-se a diversas metodologias para transmitir a informação (legos do bloco operatório, livros de histórias, vídeos) (Teixeira & Figueiredo, 2009). Durante a realização das consultas nos diversos contextos de estágio, tive oportunidade de utilizar os livros “*Anita no Hospital*” e “*Diogo é operado*” e os legos do bloco operatório na preparação da criança para a cirurgia.

Quando a consulta era dirigida aos adolescentes e família, além da informação transmitida, em primeiro lugar ao adolescente, a mesma foi reforçada através da entrega de folhetos informativos relacionados com a temática da dor, da preparação

cirúrgica, da hospitalização, entre outros. Durante as consultas de Preparação para a Cirurgia, em que tive oportunidade de fazer uma observação participativa, era criado um espaço para a visualização de imagens ou vídeos relacionados com o percurso cirúrgico, desde o serviço de internamento até ao recobro do bloco operatório.

Por último, recorri a estratégias como a brincadeira terapêutica e a modelagem, em diversos contextos de estágio, para demonstrar procedimentos que iriam ser realizados durante a hospitalização e durante o processo cirúrgico. A brincadeira é a forma como as crianças comunicam e interagem com os outros e é através da brincadeira que elas expressam as suas emoções. A brincadeira terapêutica centra-se na experiência que a criança se encontra a viver e é um ótimo meio de comunicação entre a criança e o enfermeiro sendo muito útil na partilha de informação e na preparação para procedimentos. O recurso à brincadeira terapêutica facilita, assim, a expressão de sentimentos e minimiza o impacto da experiência desconhecida, auxilia na assimilação e compreensão de novas situações (OE, 2013; Diogo, 2015, 2017).

A aquisição e desenvolvimento de conhecimentos no âmbito da preparação do sistema criança-família no período pré-operatório, ao longo dos vários contextos de estágio, em especial no Serviço de Internamento de Pediatria e na Consulta de Preparação para a Cirurgia, constituíram-se como impulsionadores da elaboração de um **“Kit de Preparação para a Cirurgia”** e uma **“Caixa da Brincadeira”** (Apêndice XI) no contexto do SCP, com o objetivo de gerir o medo do sistema criança-família associado aos *stressores* inerentes à hospitalização e ao processo cirúrgico. O **Kit de Preparação para a Cirurgia** é composto por um livro da **Anita no Hospital** e material utilizado no bloco operatório como máscara, luvas, bata, sistema de soro, pensos, legos do bloco operatório e uma boneca modelo. A **Caixa da Brincadeira** encontra-se dividida por faixas etárias (0-12 meses; 1-3 anos; 3-6 anos; 6-11 anos; 11-18 anos), correspondendo uma gaveta a cada faixa e é composta por material lúdico e didático adequado a cada faixa etária. A utilização destes instrumentos na interação de cuidados revelou-se um recurso valioso, não só na preparação para procedimentos invasivos, mas também na distração de crianças e jovens durante os períodos de separação. Recorri também ao uso destes instrumentos durante a **realização de sessões de preparação para a cirurgia no período pré-operatório** (Apêndice XV) efetuado a quatro sistemas criança-família.

Estas sessões tiveram como objetivo identificar medos existentes e desenvolver com o sistema criança-família estratégias de gestão emocional. Durante as sessões de preparação para a cirurgia foram transmitidas informações sobre o período pré-operatório, recorrendo não só ao brinquedo terapêutico, mas também à utilização de livros e folhetos. No final de cada sessão foi realizada a demonstração, treino e validação da escala de avaliação da dor apropriada ao estágio de desenvolvimento. Os sistemas criança-família selecionados, compreendiam crianças e jovens com idades entre os 2-17 anos e as sessões foram realizadas no dia anterior à cirurgia, por não existir a possibilidade logística de serem realizadas com uma maior antecedência (5 -10 dias para idades superiores a 5 anos) tal como descrito no guia de boas práticas (OE, 2011). Durante estas sessões foi dado espaço para a verbalização de questões e expressão de sentimentos. Destaco uma das sessões onde foi possível identificar na família, o medo do desconhecido e da dor, resultando na realização de intervenções direcionadas à gestão dos medos identificados (fornecer informações sobre o pré-operatório, esclarecer dúvidas, explicar estratégias não farmacológicas de alívio da dor que poderiam ser utilizadas). Acompanhar o sistema criança-família ao longo de todo o processo cirúrgico, permitiu-me constatar que, no pós-operatório, esta família se encontrava tranquila e capacitada para cuidar do seu filho no momento da alta, foi também verbalizado pela mesma o contributo positivo que a preparação realizada no período do pré-operatório.

Com as atividades desenvolvidas neste objetivo específico considero que adquirir competências EEESIP no âmbito da **E1.2. “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possa afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”** (Regulamento nº422/2018, p. 19193) identificando ao longos dos vários contextos situações de mal-estar psíquico e emocional; **E2.5. “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”** (Regulamento nº422/2018, p. 19193) através da capacitação da criança, do jovem e família de estratégias de *coping* face ao medo e por fim **E3.4. “Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde através da facilitação da comunicação expressiva de emoções”** (Regulamento nº422/2018, p. 19194)



## 5. PROJETOS FUTUROS

O final deste percurso formativo culmina com o desenvolvimento não só de competências no âmbito de EEESIP, mas também com uma transformação pessoal e profissional resultante das experiências nos diversos contextos e que me enriqueceram enquanto futura EEESIP.

A articulação das experiências de estágio com a prática reflexiva culminou na necessidade de desenvolver um projeto no serviço em que exerço a minha prática de cuidados. Este projeto visa não só a melhoria desta, mas também a sensibilização para a importância da gestão emocional com enfoque na emoção medo no período do pré-operatório. Numa primeira fase pretendo continuar a realizar sessões de formações em serviço sobre a importância da gestão emocional na prática de cuidados pediátrica, com especial enfoque na gestão emocional do medo no período pré-operatório, sensibilizando a equipa para a **“Caixa da Brincadeira”, “Kit de Preparação para a Cirurgia”** e para as **sessões de educação para a saúde**. É também minha intenção que estes momentos de formação se tornem igualmente momentos de partilha.

Posteriormente pretendo elaborar um documento orientador de boas práticas onde se encontrarão documentadas as estratégias que poderão ser utilizadas na gestão emocional do medo no período pré-operatório, assim como literatura científica atualizada sobre o tema. Por último, gostaria de implementar a longo prazo uma consulta de enfermagem, no período pré-operatório, com a finalidade de preparar o sistema criança-família para a hospitalização e para o processo cirúrgico, embora tenha consciência que este último projeto implica percorrer um longo caminho. Aquando da implementação da consulta será necessário desenvolver e aplicar questionários para identificar o impacto das intervenções no sistema criança-família.

Na prossecução da minha formação pretendo realizar uma *Scoping Review* dando assim continuidade ao Protocolo de Revisão *Scoping* já elaborado na unidade curricular de opção II do Curso de Mestrado em Enfermagem e continuar a investir no estudo e aplicabilidade do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório revela o percurso desenvolvido desde a pesquisa da evidência científica até ao desenvolvimento de competências enquanto futura EEESIP. Tentei reproduzir este percurso na descrição dos objetivos e atividades, no entanto é impossível, de uma maneira tão sucinta, espelhar as experiências e os contributos que os vários contextos de estágio tiveram não só a nível pessoal, mas também profissional.

O recurso à reflexão na ação e sobre a ação (formação reflexiva) foi imprescindível ao longo deste caminho para rever e reconfigurar a prática de cuidados, potenciando a aquisição de conhecimentos e a melhoria dos cuidados. Este percurso não teria sido possível sem os contributos dos enfermeiros orientadores que proporcionaram não só a vivência de novas experiências, mas também um olhar diferente sobre Cuidar em pediatria, cuidado este sustentado pelos pressupostos teóricos assentes nos CCF, na parceria de cuidados e nos CNT. Vou relembrar sempre frases proferidas pelos enfermeiros orientadores como por exemplo, *“Vocês são os melhores pais do mundo e tomam as melhores decisões para os vossos filhos”*, *“Ser enfermeiro especialista em pediatria é como colocar uns óculos diferentes e a ver enfermagem de outra forma”*, *“Os pais não são visitas”*, que me levaram a uma reflexão sobre o que é o Cuidar humanizado e holístico em contexto pediátrico.

Os cuidados pediátricos têm como objetivo primordial a melhoria da qualidade dos mesmos às crianças e famílias (Hockenberry & Barrera, 2014). Também Mendes e Martins (2012, p.114) destacam a importância da família nos cuidados de saúde à criança, referindo que “no contexto pediátrico, isto é, quando se pensa nos cuidados à criança, a família surge sempre como uma referência sendo o seu enquadramento hoje assumido como fator que viabiliza o cuidado humanizado”. Desta forma, o EEESIP encara a criança e família como o centro dos seus cuidados utilizando um modelo conceptual centrado neste binómio (Regulamento nº422/2018, p. 19192). Para além da filosofia dos CCF, também a filosofia dos CNT são uma importante orientação no cuidar da criança e família, pois orienta para a utilização de intervenções de enfermagem que visam a eliminação ou a minimização do desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família no sistema dos cuidados de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014).

A hospitalização e os procedimentos cirúrgicos estão associados a vivências de medo por parte das crianças e famílias, sendo um *stressor* que irá potenciar os

restantes *stressores* como a dor, a separação e a perda de controlo (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017), gerando uma situação de crise emocional que pode conduzir ao desequilíbrio do sistema e originar uma diminuição da capacidade de enfrentar e gerir os problemas (Jorge, 2004).

A experiência da cirurgia pode ser stressante e potencialmente ameaçadora para a criança e família, podendo ter repercussões emocionais no período pós-operatório (Al-Sagarat, Al-Oran & Hamlan, 2017), sendo a emoção do medo identificada por diversos autores (Perry, Hooper & Masiongale, 2012; Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017) como uma das emoções presentes ao longo deste processo.

O enfermeiro destaca-se como elemento da equipa multidisciplinar dinamizador em todo o processo de preparação para o momento da cirurgia, proporcionando à criança e família a aquisição de competências para lidar com esta situação desconhecida (Oliveira *et al*, 2005), pelo que este se encontrando numa “posição privilegiada para promover e intervir na diminuição do medo da criança e sua família antes da cirurgia” (OE, 2011, p18).

Os contextos de estágio constituíram-se locais primordiais que proporcionaram formação e reflexão, através da observação participativa nos cuidados prestados ao sistema criança–família, e à posterior reflexão sobre os mesmos, conduzindo à aquisição de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de competências de EE e EEESIP. No final deste percurso formativo considero que transformei o meu olhar sobre a prática de cuidados em pediatria, para uma perspetiva intencionalmente holística e cuidadora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem* (5ªEd). Loures: Lusodidacta.
- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H. & Hamlan, A. (2017). Preparing the Family and Children for Surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*. 40(2).99-107
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. 14(3). 373-382. Acedido a 15.03.2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Almeida, P., Dias, G. & Rato, M. (2002). “Por favor, não mexam nos meus medos!” O medo e o desenvolvimento da criança – uma perspectiva psicodinâmica. *Saúde Infantil*. 24 (3).15-20.
- Andersson, L., Johansson, I. & Osterberg, S. (2012). Parents’ experiences of their child’s first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing*. 21 (20).1204-1210.
- Andrade, K., Freitas, F., Marques, D., Lucena, A., Costa, K. & Costas, M. (2015). Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. *Revista de Enfermagem UFPE*. 9 (11). 9784-9792.  
DOI: 10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201519
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. (7). 83-92.
- Askin, D. & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alta Risco e a Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ªEd.), (pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baumann, A. (2007). Promover Ambientes favoráveis à prática. *Enfermagem e o cidadão – Jornal da Secção do centro da Ordem dos Enfermeiros*. (12).13-14.
- Bento, A. M. V. (2011). *As etapas do processo de investigação: do título às referencias bibliográficas*. Porto: Figueirinhas.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boles, J. (2016). Preparing Children and Families For Procedures or Surgery. *Pediatric Nursing*. 43 (3). 147-149.
- Brazelton, T. (2005). *A maternidade e a vida profissional*. Lisboa: Presença.

- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (2007). *A relação mais precoce*. (5ªed.). Lisboa: Terramar.
- Broering, C. & Crepaldi, M. (2008) Preparação Psicológica Para a Cirurgia em Pediatria: Importância, Técnicas e Limitações. *Paidéia*. 18 (39). 61–72.
- Broering, C. & Crepaldi, M. (2011). Preparação Psicológica e o Estresse de Crianças Submetidas a Cirurgias. *Psicologia em Estudo*. 16 (1). 15-23.
- Brown, T. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1061-1118). Loures: Lusociência
- Castelo, T., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde infantil*. 31(1). 12-1
- Cardoso, N., prado, P., Souza, A. & Figueiredo, M. (2017). Vivenciando o processo cirurgico: percepção e sentimentos da criança. *Revista baiana enfermagem*. 31 (3).1-9. DOI 10.18471/rbe.v31i3.17648
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência: Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia da Letras.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. (4). 2-9.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ªEd) Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Acedido a: 10/02/2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/321193769\\_Trabalho\\_Emocional\\_em\\_Enfermagem\\_Pediatrica\\_proposta\\_de\\_um\\_Modelo\\_orientador\\_da\\_pratica](https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica) \_Emotional\_Labour\_of\_Paediatric\_Nursing\_a\_propose\_Model\_for\_practice\_guidance
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13). 43-51.

- Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M., Fernandes, N & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: Do Discurso ao registo no sistema informático. In P., Diogo (coord). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 45-76). Loures: LUSODIDACTA
- Direcção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)
- Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Estevinho, I. (2007). Enfermeiros e Mães a caminho...da Parceria ao Empowerment no Cuidado!. *Servir*. 55 (4-5). 151-156
- Fernandes, S., Arriaga, P. & Esteves, F. (2014). Providing preoperative information for children undergoing surgery: a randomized study testing different types of educational material to reduce children's preoperative worries. *Health Educational Research*. 29 (6). 1058-1076.
- Doi:**10.1093/her/cyu066
- Galvão, D., Pedroso, R. & Ramalho, S. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*. 1 (1). 89-98.
- DOI:** 10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.254
- Garrido, C. & Boavida, J. (2003). Factores de risco em desenvolvimento. *Saúde Infantil*. 25 (2). 47-55.
- George, J. (2000). *Teoria de Enfermagem: os Fundamentos à Prática Profissional* (4ªEd.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Healy, K. (2013). A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery. *Journal of Pediatric Nursing*. 28 (2). 179-185.
- Hockenberry, M. (2014). A Influencia da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 49-71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In: M. J. Hochenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, (pp. 122-187). Loures: Lusociência

- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Hosey, M., Donaldson, A., Huntington, C., Liossi, C., Reynolds, P., Alharati, R. & Newton, J. (2014). Improving access to preparatory information for the children undergoing general anaesthesia for tooth extraction and their families: study protocol for a Phase III randomized controlled trial. *BioMedCentral*. doi:10.1186/1745-6215-15-219
- Institute for Patient and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care.
- Acedido em 15-07-2017 e disponível em: [http://ipfcc.org/resources/getting\\_started.pdf](http://ipfcc.org/resources/getting_started.pdf)
- International Council of Nurses (2016). *CIPE versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Jorge, A. (2004). *Família e a hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V. & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*. 32 (1). 35-43
- Justo da Silva, L. (2010). Luto em Neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 41 (6). 281-284.
- Kain, Z., Caramico, L., Mayes, L., Genevro, J., Bornsteins, M. & Hofstadter, M. (1998). Preoperative preparation programs in children: A comparative examination. *Anesthesia & Analgesia*. 87. 1249-1255.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: MASSON
- Kynø, N. M., Ravn, I. H., Smeby, N. A., Torgersen, A. M. & Gundersen, T. (2013). Parents of preterm-born children; sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme - a qualitative study. *BMC Nursing*. 12 (28). Acedido em: 12/05/2018. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/28>.

- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K. Simmons, J. & Neff, J. (2012). Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and child health journal*. 16 (2). 297-305.  
**DOI:** 10.1007/s10995-011-0751-7
- Levy, M. (1996). Os Direitos da Criança Hospitalizada. *Acta Pediatrica Portuguesa*. 27 (4). 655-657.
- LeRoy, S., Elixson, E., O'Brien, P. *et al* (2003). Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures: a statement from the American Heart Association Pediatric Nursing Subcommittee of the Council on Cardiovascular Nursing in collaboration with the Council on Cardiovascular Diseases of the Young. *Circulation*. (108). 2550–64.  
**DOI:** 10.1161/01.CIR.0000100561.76609.64
- Maftum, M. & Stefanelli, M. (2000). O Uso das Técnicas de comunicação terapêutica na relação interpessoal com o doente mental. *Cogitare Enfermagem*. 5 (2). 69-74.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im E., Hilfinger M. & Schumacker K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1).12-28.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 6 (III). 113-121.
- Neto, M., Tavares, M. Serelha, M. & Casella, P. (2010). A vertente cirúrgica de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - 25 anos de experiência. *Acta Pediatrica Portuguesa*. 41(6). 241-245.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. Boston: Pearson
- Nunes, N., Pessoa, Ú., Bucharles, D., Alverne, M. Sá, F. & Carvalho, E. (2015). Método Canguru: Percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira Promoção Saúde*. 28 (3). 387-393.
- Oliveira, A., Lacerias, A.; Pereira, M. & Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*. 53 (4). 202-205
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.



- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica –Volume II*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dia Mundial da Criança. Ajude-nos a diminuir o medo do seu filho acerca da cirurgia*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Norprint Artes Gráficas, SA
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar. Analisando Cuidados de Enfermagem em contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14 (1). 24-38.
- Perry, J., Hooper, V. & Masiongale, J. (2012). Reduction of Preoperative Anxiety in Pediatric Surgery Patients Using Age – Appropriate Teaching Interventions. *Journal Of Peri Anesthesia Nursing*. 27 (2). 69-81.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel, M. (2001). Preparação pré-operatória da criança e família. *Servir* 49 (4). 172-177.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25 (6). 677-687
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(1). 132-135.
- Queiros, A., Costa e Silva, L. & Santos, E. (2000) *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de

- Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República II Série (Nº119 de 22 -06-2015), 16660-16665
- Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República II Série (Nº 133 de 12-06-2018), 19192-19194.
- Regulamento nº140/2019 de 06 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série (Nº26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Risso, A. & Braga, E. (2010). A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. *Revista da Escola de Enfermagem USCP*. 44 (2). 360-367. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200017>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1026-1060). Loures: Lusociência
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*. XX (1).26-31.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*. (11). 59-62.
- Shön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Sales, I., Santos, J., Rocha, S., Antunes de Araujo Filho, A. & Carvalho, N. (2018). Sentimentos de mães na unidade canguru e as estratégias de suporte dos profissionais de enfermagem. *Revista Cuidarte*. 9 (3). 1-10. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.545>
- Sequeira, I. (2011). Medo e Auto-conceito Infantil: Estudo comparativo entre crianças portadoras de doença oncológica e crianças sem doença. Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas. Covilhã: Dissertação para obtenção de Grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde. Obtido de Universidade da Beira Interior Ciências Sociais e Humanas: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2532/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Serra, M. et al (2016). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. Loures: Lusodidacta.

- Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). *Mary Sheridan's from birth to five years: Children's Developmental Progress (3ªed.)*. New York: Routledge.
- Silva, D. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Millenium-Revista do ISPV*. (26). Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/default.htm>
- Silva, N., Pires, S., Quitério, V. & Diogo, P. M. J. (2007). Pai, mãe... vamos ser operados: vivências de crianças e pais no período pré-operatório. In I. Camarro, L. Fradique, M. Carneiro, M. Mota & T. Rebelo (org). *Aprendendo o cuidado de enfermagem. Entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*, (203-224). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal Of Nursing Scholarship*. 25 (4). 352-357.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência
- Thibodeaux, A. & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente (9ªEd.)*, (pp. 21-44). Loures: Lusociência.
- Teixeira, E. & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista de Enfermagem Referência*. (9). 7-14.
- Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA
- Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente (9ª ed.)*, (pp. 240-293). Loures: Lusociência.
- Zeichner, K. (1993). *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: EDUCA.

**ANEXOS**

## **ANEXO I**

**Certificado do “Curso Intensivo de Intervenção nos Medos  
e Ansiedade na Infância (E-learning)”**

## Certificado de Participação

Certifica-se que *Ana Catarina Miranda Santos*, com o N.º de Cartão de Cidadão 13218969, concluiu com aproveitamento o Curso Intensivo de Intervenção nos Medos e Ansiedade na Infância (E-Learning), realizado de 4 de novembro a 4 de dezembro de 2017, com a duração de 40h.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas	Classificação (0 – 20)
<i>Módulo I: Os Medos na Infância</i>  - Conceito de medo; - Diferenciar medo de fobia; - Tipos de medos na infância; - Papel dos adultos; - Diferenças entre géneros.	10	19
<i>Módulo II: Ansiedade na Infância e na Adolescência</i>  - Ansiedade na Infância; - Critérios de Diagnóstico; - Avaliação da Ansiedade na Infância.	12	20
<i>Módulo III: Estratégias de Intervenção nos Medos e Ansiedade</i>  - Estratégias práticas de intervenção nos medos e ansiedade; - Programas de intervenção nos medos e ansiedade.	18	19,5
<b>Nota Final</b>	<b>20</b>	

Vila Nova de Gaia, 12 de dezembro de 2017

O (A) Responsável pelo ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal



ReConstruir  
Avenida da República, 676, 2º Andar, Sala 2.5  
4430-190 Vila Nova de Gaia  
Tlf. 223 204 187 | Tlm. 910 410 514  
geral@reconstruir.pt | www.reconstruir.pt

## **ANEXO II**

**Imagens de um contexto de Estágio alusivo  
à promoção do ambiente seguro e afetivo**





**APENDICÊS**

## **APÊNDICE I**

### **Cronograma de Estágio**

## CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

[illegible]

## **APÊNDICE II**

Guia Orientador de Atividades de Estágio

## **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

### **8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

#### **UNIDADE CURRICULAR: Estágio com relatório**

#### **GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

##### **Discente:**

Ana Catarina Miranda Santos nº7325

Contacto: ana.c.santos@campus.esel.pt

##### **Docente Orientador:**

Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**Setembro, 2017**

## **LISTA DE SIGLAS**

**CCF** – Cuidados Centrados na Família

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EEESCJ**- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

**EEESIP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

## ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA .....	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2. DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS E ATIVIDADES.....	6
2.1 – Serviço de Urgência Pediátrica .....	6
2.1.1 Plano de estágio .....	7
2.1.2 Indicadores de avaliação .....	9
2.2 Cuidados de Saúde Primários. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados .....	10
2.2.1 Plano de estágio .....	11
2.2.2 Indicadores de avaliação .....	13
2.3 Unidade de cuidados Intensivos Neonatais.....	14
2.3.1 Plano de estágio .....	15
2.3.2 Indicadores de avaliação .....	17
2.4 Consulta Externa – Consulta de Preparação Cirúrgica .....	18
2.4.1 Plano de estágio .....	19
2.4.2 Indicadores de avaliação .....	21
2.5 Serviço de Internamento de Pediatria – Serviço de Cardiologia Pediátrica .....	22
2.5.1 Plano de estágio .....	23
2.5.2 Indicadores de avaliação .....	25
2.6 Serviço de Internamento de Pediatria .....	26
2.6.1 Plano de estágio .....	27
2.6.2 Indicadores de avaliação .....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30

## **NOTA INTRODUTÓRIA**

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que se encontra inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi elaborado este “Guia Orientador Das Atividades De Estágio” que tem como principal objetivo a orientação deste percurso formativo ao longo de cada contexto de estágio. O mesmo foi apresentado e discutido no início de cada contexto de estágio com o enfermeiro orientador, visando a exequibilidade das atividades propostas.

Este documento encontra-se dividido em enquadramento teórico, descrição dos objetivos, atividades propostas e indicadores de avaliação para cada contexto de estágio.

Destaco que a elaboração deste documento teve como linhas orientadoras das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem o documento orientador da Ordem dos Enfermeiros de 2010 que se encontrava em vigor durante o percurso de estágio.



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O projeto de estágio tem como objetivo desenvolver e consolidar competências gerais de Enfermeiro Especialista e mais especificamente de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), integrando as competências analíticas e de síntese própria da formação a nível do mestrado, promovendo assim o meu desenvolvimento pessoal e profissional o que se irá refletir numa melhoria da prática de cuidados.

O projeto demonstra o caminho que pretendo percorrer em busca dos objetivos delineados e na procura de novo saber. A construção do mesmo foi baseada na problemática identificada por mim no meu contexto de prática de cuidados. Desta forma, o **tema do meu projeto** é cuidar da criança e família em contexto cirúrgico, sendo o **objeto de estudo** a gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia visando a minimização do medo experienciado pela criança e família no período pré-operatório. O procedimento cirúrgico e a hospitalização representam uma circunstância geradora de crise familiar, uma vez que afeta todos os membros da família (Sanders, 2014), gerando mudanças psicoemocionais na dinâmica familiar e nos relacionamentos com o ambiente em que estão inseridos (Apolinário, 2012). Tendo as emoções um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, é fundamental gerir as emoções, da criança e família, com o objetivo de mobilizar ou desenvolver mecanismos de *coping* que ajudem os mesmos a viver de forma saudável este processo de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Segundo Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida (2017) o medo é a emoção mais vivenciada durante a hospitalização reforçando, desta forma, a importância do papel do enfermeiro na realização de intervenções que visem ajudar a criança a gerir os seus medos. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) refere assim que as intervenções de enfermagem têm como objetivo gerir a emoção do medo na criança e família no período do pré-operatório, estas têm-se vindo a revelar uma mais-valia na diminuição dos efeitos traumáticos durante a hospitalização e na redução de perturbações do comportamento no pós-operatório e após a alta.

Tendo em conta esta problemática é meu **objetivo** desenvolver competências EEESCJ nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento e desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo

experienciado pela criança e a família, para assim a conseguir uma melhoria de cuidados.

Dos quadros de referência presentes na minha prática de cuidados e perspetivando aqueles que me irão orientar enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), destaco a **filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), a filosofia dos Cuidados Não Traumáticos e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman**.

Os CCF consistem numa conceção do cuidar pediátrico em que as necessidades das Famílias e Crianças são centrais nesse processo (Apolinário, 2012), envolvendo os pais e enfermeiros nos cuidados à criança, tornando-se assim parceiros no cuidar, necessitando de uma participação ativa de todos os parceiros para se atingir os objetivos comuns (Mendes & Martins, 2012). Esta parceria assenta em quatro pilares fundamentais: dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2017).

A filosofia dos Cuidados Não Traumáticos remete para uma prestação de cuidados terapêuticos através da utilização de intervenções de enfermagem que visam a eliminação ou a minimização do desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família, no sistema de cuidados de saúde. Estes cuidados têm como objetivo primordial não causar dano (Hockenberry & Barrera, 2014).

O modelo dos sistemas de Betty Neuman encara a criança e família como um sistema aberto em constante interação com o ambiente, este sistema é visto como um todo, englobando as várias variáveis do ser humano, e a suas experiências atuais e passadas (Neuman & Fawcett, 2011). Desta forma a emoção do medo vivenciada pela criança e família em contexto cirúrgico pode ser um stressor que irá desequilibrar o sistema, existindo desta forma uma necessidade de intervenção do enfermeiro para prevenir ou reduzir o impacto desse stressor no sistema, ajudando a atingir o máximo de bem-estar (*ibidem*). É nestas filosofias de cuidados e modelo de cuidados que assenta o meu projeto e que serão as linhas orientadoras para a análise das minhas práticas no decorrer da realização do mesmo.

## 2. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS E ACTIVIDADES

### 2.1 Serviço de Urgência Pediátrica

Através do autodiagnóstico realizado com base nos regulamentos das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEESCJ (OE, 2010) identifiquei as competências específicas de EEESCJ e as competências comuns do EE que pretendo desenvolver. Desta forma, no ensino clínico a realizar na SUP pretendo desenvolver competências específicas do EEESCJ relacionadas com a criança/jovem em situação de especial complexidade e desenvolver competências no âmbito da gestão emocional da criança e família em situações de urgência. No âmbito das competências comuns de EE pretendo desenvolver competências relacionadas com o domínio da Gestão dos Cuidados.

O projeto, na sua globalidade tem como **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências de EEESCJ, nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e a família;

Sendo que para cada objetivo geral foram definidos um conjunto de objetivos específicos e um conjunto de atividades que irão permitir alcançar os objetivos descritos. São exemplos dessas mesmas atividades os registos reflexivos, as grelhas de observação e as entrevistas aos enfermeiros orientadores. Segundo Santos e Fernandes (2004, p.59) “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas”.

Na tabela que se segue apresento os objetivos específicos e as atividades a desenvolver e, que poderão ser enriquecidos com as sugestões da enfermeira de orientadora.

### 2.1.2. Plano de estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a estrutura física, a dinâmica e as orientações para a prática da Urgência Pediátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador de forma a conhecer a área de abrangência do serviço, a caracterização da sua população e a sua articulação com outros serviços, o método de trabalho e as concepções e referentes orientadores das práticas;</li> <li>- Realização de uma visita à estrutura física;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre os projetos e programas em desenvolvimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consulta e análise dos protocolos, normas e projetos;</li> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação;</li> <li>-Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados à criança/jovem e família ao longo do ciclo e tendo em conta o processo de saúde-doença;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica sobre as principais causas de instabilidade na criança/jovem e quais as doenças mais comuns de cada estágio do desenvolvimento;</li> <li>-Observação dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESCJ à criança/jovem e família em situação de urgência, nos diferentes setores (triagem, salas de aerossóis, sala de tratamentos, SO...);</li> <li>- Participação nos cuidados de enfermagem à criança/jovem e Família em situação de urgência sob a supervisão do enfermeiro orientador;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da comunicação de forma a comunicar adequadamente com a criança/jovem e família;</li> <li>-Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança/jovem e família com recurso a uma grelha de observação;</li> <li>- Análise e discussão das estratégias utilizadas para comunicar com a criança/ jovem e pais;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os medos das crianças e dos jovens e pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisão bibliográfica sobre os principais medos da criança/ jovem e família;</li> <li>-Observação dos principais medos da criança/jovem e família durante a permanência na Urgência Pediátrica com recurso a uma grelha de observação;</li> <li>- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre os principais medos verbalizados pelas crianças/jovens e pais, visando a elaboração de um registo reflexivo;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar as técnicas utilizadas na gestão emocional do medo na criança/jovem e pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observação das técnicas utilizadas pelo enfermeiro orientador na gestão emocional do medo na criança/jovem e pais;</li> <li>-Elaboração de uma grelha de observação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na gestão emocional do medo da criança/jovem e pais;</li> <li>-Entrevista ao enfermeiro orientador sobre quais as estratégias utilizadas na gestão dos medos da criança/jovem e família com recurso a um guião de entrevista;</li> <li>-Utilização das estratégias identificadas na gestão dos medos nas crianças/jovens e família que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica;</li> <li>- Reflexão sobre a intervenção do EEESCJ na gestão dos medos da criança e dos pais;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundamentar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista na preparação cirúrgica, em específico na gestão dos medos da criança/jovem e família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisão bibliográfica sobre as estratégias de gestão dos medos da criança/família em contexto de cirurgia de urgência;</li> <li>-Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESCJ na preparação da criança/jovem e família na preparação para a cirurgia de urgência através da grelha de observação elaborada;</li> </ul>
<p><b>Competências específicas de EEESCJ:</b> <b>E1</b>- Assiste a criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde (E1.1 e E1.2); <b>E2</b> – Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2); <b>E3</b> – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem ( E3.3 e E3.4).</p> <p><b>Competências comuns EE:</b> <b>C</b> – Domínio da Gestão dos cuidados (C2)</p>	
<p><b>Duração do ensino clínico:</b> 25/09/2017 a 22/10/2017</p>	

## 2.1.2. Indicadores de avaliação:

<b>Indicadores de avaliação:</b>
<b>Competências comuns EE:</b>  C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;
<b>Competências específicas de EEESCJ:</b>  E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.3 Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psico-emocional e espiritual da criança/jovem; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1 Facilita a comunicação expressiva de emoções;

## 2.2 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - UNIDADE DE CUIDADOS SAÚDE PERSONALIZADOS

Através do autodiagnóstico realizado com base nos regulamentos das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEESCJ (OE, 2010) identifiquei as competências específicas de EEESCJ e as competências comuns do EE que pretendo desenvolver. Desta forma, no estágio a realizar na Unidade de Cuidados Saúde Personalizados pretendo desenvolver competências específicas do EEESCJ no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança / jovem e no âmbito da gestão emocional da criança e família no momento da vacinação, visando assim a minimização do medo experienciado pela criança e família. No âmbito das competências comuns de EE pretendo desenvolver competências relacionadas com o domínio da Gestão dos Cuidados.

O projeto, na sua globalidade tem como **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências de EEESCJ, nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e a família;

Sendo que para cada objetivo geral foram definidos um conjunto de objetivos específicos e um conjunto de atividades que irão permitir alcançar os objetivos descritos. São exemplos dessas mesmas atividades os registos reflexivos, os guias de observação e as entrevistas aos enfermeiros orientadores. Segundo Santos e Fernandes (2004, p.59) “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas”.

Na tabela que se segue apresento os objetivos específicos e as atividades a desenvolver e, que poderão ser enriquecidos com as sugestões da enfermeira de orientadora.

### 2.2.1 Plano de estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a estrutura física, a dinâmica e as orientações para a prática do Centro de Saúde;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador de forma a conhecer a área de abrangência do centro de saúde e a caracterização da sua população e, ainda, as concepções/modelos orientadores da prática clínica;</li> <li>- Realização de uma visita à estrutura física;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre os projetos e programas em desenvolvimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e análise dos protocolos, normas e projetos existentes no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador de forma a avaliar a sua viabilidade e necessidade de ajustes;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem e respetivos instrumentos de avaliação;</li> <li>- Observação e colaboração com o EEESCJ nas intervenções realizadas nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil com supervisão;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da comunicação de forma a comunicar adequadamente com a criança/jovem e família;</li> <li>- Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança/jovem e família, através de guias de observação;</li> <li>- Análise e discussão das estratégias utilizadas para comunicar com a criança e com o jovem, e pais;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os medos das crianças e dos jovens e pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão bibliográfica sobre os principais medos da criança/ jovem e família;</li> <li>- Observação dos principais medos da criança/jovem e família durante as consultas de Saúde Infantil e Pediatria, através de guias de observação;</li> <li>- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre os principais medos verbalizados pelas crianças/jovens e pais, visando a elaboração de um registo reflexivo;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar as técnicas utilizadas na gestão emocional do medo na criança/jovem e pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação das técnicas utilizadas pelo enfermeiro orientador na gestão emocional do medo na criança/jovem e pais, através de guias de observação;</li> <li>- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre quais as estratégias utilizadas na gestão dos medos da criança/jovem e família;</li> <li>- Reflexão sobre a intervenção do EEESCJ na gestão dos medos da criança e dos pais;</li> </ul>
<p><b>Competências específicas de EEESCJ:</b> <b>E1</b>- Assiste a criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde (E1.1 e E1.2); <b>E2</b> – Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2); <b>E3</b> – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1, E3.3 e E3.4).</p> <p><b>Competências comuns EE:</b> <b>C</b> – Domínio da Gestão dos cuidados (C2)</p>	
<p><b>Duração do ensino clínico:</b> 23/10/2017 a 19/11/2017</p>	

## 2.2.2 Indicadores de avaliação:

<b>Indicadores de avaliação:</b>
<b>Competências comuns EE:</b>  C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;
<b>Competências específicas de EEESCJ:</b>  E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis, E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.3 Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psico-emocional e espiritual da criança/jovem, E2.2.3 – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E3.1.1 Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1 Facilita a comunicação expressiva de emoções; E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.

## 2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVO NEONATAIS

A escolha deste contexto de ensino clínico prende-se com o facto de a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) apresentar uma vertente cirúrgica. Segundo Neto, Tavares, Serelha e Casella (2010) existe um aumento de mais de 25% de doentes cirúrgicos admitidos [REDACTED], podendo assim dar continuidade ao meu projeto de estágio no âmbito do cuidar da criança e família no contexto cirúrgico.

Através do autodiagnóstico realizado com base nos regulamentos das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEESCJ (OE, 2010) identifiquei as competências específicas de EEESCJ e as competências comuns do EE que pretendo desenvolver. Desta forma, no estágio a realizar na UCIN pretendo desenvolver competências específicas no âmbito da prestação de cuidados específicos à necessidade do ciclo de vida da criança, aos cuidados à criança e família em situações de especial complexidade e à vinculação. No âmbito das competências comuns de EE pretendo desenvolver competências relacionadas com o domínio da Gestão dos Cuidados.

O projeto, na sua globalidade tem como **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências de EEESCJ, nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e a família;

Sendo que para cada objetivo geral foram definidos um conjunto de objetivos específicos e um conjunto de atividades que irão permitir alcançar os objetivos descritos. São exemplos dessas mesmas atividades os registos reflexivos, os guias de observação e as entrevistas aos enfermeiros orientadores. Segundo Santos & Fernandes (2004, p.59) “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas”.

Na tabela que se segue apresento os objetivos específicos e as atividades a desenvolver e, que poderão ser enriquecidos com as sugestões da enfermeira de orientadora.

### 2.3.1 - Plano de estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a estrutura física, a dinâmica e as orientações para a prática da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador de forma a conhecer a área de abrangência do serviço, a caracterização da sua população e a sua articulação com outros serviços; e a conhecer as concepções e orientações para a prática</li> <li>- Realização de uma visita à estrutura física;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre os projetos e programas em desenvolvimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consulta e análise dos protocolos, normas e projetos;</li> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação;</li> <li>-Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados à criança e família ao longo do ciclo de vida e tendo em conta o processo de saúde-doença;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realização de pesquisa bibliográfica sobre aos cuidados ao recém-nascido e família;</li> <li>-Observação dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESCJ ao recém-nascido e família em contexto de UCIN;</li> <li>- Participação nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido sob a supervisão do enfermeiro orientador;</li> <li>-Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESCJ na promoção da vinculação do recém-nascido;</li> <li>- Análise da prática de cuidados na UCIN à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2015, 2017);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar o processo de comunicação terapêutica enfermeiro-pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da comunicação de forma a comunicar adequadamente com os pais;</li> <li>-Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a pais;</li> <li>- Análise das estratégias utilizadas para comunicar com aos e pais;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e analisar os medos das crianças e dos pais e as técnicas utilizadas na gestão emocional desses medos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão bibliográfica sobre os principais medos dos pais em contexto de neonatologia;</li> <li>- Observação dos principais medos dos pais durante a permanência na UCIN;</li> <li>- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre os principais medos verbalizados pelos pais e quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na gestão desses medos;</li> <li>- Observação das técnicas utilizadas pelo enfermeiro orientador na gestão emocional do medo dos pais;</li> <li>- Elaboração de um diário do recém-nascido onde os pais possam expressar os seus medos;</li> <li>- Análise dos medos e estratégias de gestão dos medos dos pais, com recurso às atividades anteriores;</li> </ul>
<p><b>Competências específicas de EEESCJ:</b> <b>E1</b>- Assiste a criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde (E1.1 e E1.2); <b>E2</b> – Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1 E2.2); <b>E3</b> – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.2 e E3.3).</p> <p><b>Competências comuns EE:</b> <b>C</b> – Domínio da Gestão dos cuidados (C2)</p>	
<p><b>Duração do ensino clínico:</b> 20/11/2017 a 10/12/2017</p>	

### 2.3.2. Indicadores de avaliação:

<b>Indicadores de avaliação:</b>
<b>Competências comuns EE:</b>  C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;
<b>Competências específicas de EEESCJ:</b>  E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis, E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.2.3 Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico E2.1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória; E2.1.3 – Aplica conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto. E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psico-emocional e espiritual da criança/jovem, E2.2.3 – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.3- Utiliza estratégias promotoras da esperança realista; E3.2.4-utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/Recém Nascido; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura

## 2.4 – CONSULTA EXTERNA – CONSULTA DE PREPARAÇÃO CIRURGICA

A OE (2011) refere que a Preparação da criança/ adolescente e família para a cirurgia foi identificado como o procedimento mais eficaz para a diminuição do medo e da ansiedade.

Através do autodiagnóstico realizado com base nos regulamentos das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEESCJ (OE, 2010) identifiquei as competências específicas de EEESCJ e as competências comuns do EE que pretendo desenvolver. Desta forma, no estágio a realizar na Consulta de Preparação Cirúrgica pretendo desenvolver competências específicas no âmbito da prestação de cuidados específicos à necessidade do ciclo de vida da criança e no âmbito da gestão emocional da criança e família no momento de preparação para cirurgia, visando assim a minimização do medo experienciado pela criança e família no período do pré-operatório. No âmbito das competências comuns de EE pretendo desenvolver competências relacionadas com o domínio da Gestão dos Cuidados.

O projeto, na sua globalidade tem como **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências de EEESCJ, nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e a família;

Sendo que para cada objetivo geral foram definidos um conjunto de objetivos específicos e um conjunto de atividades que irão permitir alcançar os objetivos descritos. São exemplos dessas mesmas atividades os registos reflexivos, os guias de observação e as entrevistas aos enfermeiros orientadores. Segundo Santos e Fernandes (2004, p.59) “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas”.

Na tabela que se segue apresento os objetivos específicos e as atividades a desenvolver e, que poderão ser enriquecidos com as sugestões da enfermeira de orientadora.

### 2.4.1 Plano de estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a estrutura física, a dinâmica e as orientações para a prática na Consulta Externa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador de forma a conhecer a área de abrangência do serviço, a caracterização da sua população e a sua articulação com outros serviços;</li> <li>- Discussão com o enfermeiro orientador sobre as concepções e orientações para a prática</li> <li>- Realização de uma visita à estrutura física;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre os projetos e programas em desenvolvimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e análise dos protocolos, normas e projetos;</li> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação;</li> <li>- Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e à família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da comunicação de forma a comunicar adequadamente com a criança/jovem e família;</li> <li>- Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança/jovem e família;</li> <li>- Análise das estratégias utilizadas para comunicar com a criança/ jovem e pais;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os medos das crianças e dos jovens e pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão bibliográfica sobre os principais medos da criança/ jovem e família;</li> <li>- Observação dos principais medos da criança/jovem e família durante a consulta de preparação cirúrgica;</li> <li>- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre os principais medos verbalizados pelas crianças/jovens e pais, visando a elaboração de um registo reflexivo;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar as técnicas utilizadas na gestão emocional do medo na criança/jovem e pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação das técnicas utilizadas pelo enfermeiro orientador na gestão emocional do medo na criança/jovem e pais;</li> <li>- Elaboração de uma grelha de observação das técnicas utilizadas pelos enfermeiros na gestão emocional do medo da criança/jovem e pais;</li> <li>- Utilização das estratégias identificadas na gestão dos medos nas crianças/jovens e família na preparação para a cirurgia;</li> <li>- Reflexão sobre a intervenção do EEESCJ na gestão dos medos da criança/jovem e dos pais;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundamentar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista na preparação cirúrgica, em específico na gestão dos medos da criança/jovem e família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão bibliográfica sobre as estratégias de gestão dos medos da criança/família em contexto pré-cirúrgico;</li> <li>- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESCJ na preparação da criança/jovem e família na preparação para a cirurgia;</li> <li>- Realização de uma entrevista ao enfermeiro orientador de forma a analisar quais as estratégias utilizadas na preparação cirúrgica e qual o impacto das mesmas;</li> <li>- Participação ativa na consulta de preparação para a cirurgia com a realização de pelo menos uma consulta de preparação cirúrgica a um escolar;</li> </ul>
<b>Duração do ensino clínico:</b> 11/12/2017 a 14/01/2017	

## 2.4.2 Indicadores de avaliação:

### **Indicadores de avaliação:**

#### **Competências comuns EE:**

C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;

#### **Competências específicas de EEESCJ:**

E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E.1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.

E1.2.3 Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico;

E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psico-emocional e espiritual da criança/jovem, E2.2.3 – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor;

E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento;

E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3 – Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem;

E3.4.1 – Facilita a comunicação expressiva das emoções; E3.4.2 – Reforça a imagem corporal positiva se necessário.

## 2.5 SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA – SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Através do autodiagnóstico realizado com base nos regulamentos das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEESCJ (OE, 2010) identifiquei as competências específicas de EEESCJ e as competências comuns do EE que pretendo desenvolver. Desta forma, no ensino clínico a realizar Serviço de Internamento de Cardiologia Pediátrica pretendo desenvolver competências específicas do EEESCJ relacionadas com a criança/jovem em situação de especial complexidade e desenvolver competências no âmbito da gestão emocional da criança e família em contexto cirúrgico, com especial enfoque na gestão do medo. No âmbito das competências comuns de EE pretendo desenvolver competências relacionadas com o domínio da Gestão dos Cuidados.

O projeto, na sua globalidade tem como **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências de EEESCJ, nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e a família;

Sendo que para cada objetivo geral foram definidos um conjunto de objetivos específicos e um conjunto de atividades que irão permitir alcançar os objetivos descritos. São exemplos dessas mesmas atividades os registos reflexivos e entrevista ao enfermeiro orientador. Segundo Santos e Fernandes (2004, p.59) “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas”.

Na tabela que se segue apresento os objetivos específicos e as atividades a desenvolver e, que poderão ser enriquecidos com as sugestões da enfermeira de orientadora

### 2.5.1 Plano de estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e á família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da comunicação de forma a comunicar adequadamente com a criança/jovem e família;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os medos das crianças e dos jovens e pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão bibliográfica sobre os principais medos da criança/ jovem e família de acordo com cada estágio do desenvolvimento;</li> <li>- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre os principais medos verbalizados pelas crianças, pelos jovens e pais, visando a elaboração de um registo reflexivo;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar as técnicas utilizadas na gestão emocional do medo na criança, no jovem e pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação das técnicas utilizadas pelo enfermeiro orientador na gestão emocional do medo na criança, no jovem e pais em contexto cardíaco;</li> <li>- Utilização das estratégias identificadas na gestão dos medos nas crianças/jovens e família na preparação para a cirurgia doente com patologia cardíaca;</li> <li>- Reflexão sobre a intervenção do EEESCJ na gestão dos medos da criança/jovem e dos pais em contexto pré-cirúrgico;</li> <li>- Realização de uma ação de formação sobre os principais medos das crianças, nos jovens e sua família e quais as estratégias adequadas a cada estágio de desenvolvimento;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundamentar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista na preparação cirúrgica, em específico na gestão dos medos da criança/jovem e família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão bibliográfica sobre as estratégias de gestão dos medos da criança e família em contexto pré-cirúrgico;</li> <li>- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESCJ na preparação da criança, do jovem e família na preparação para a cirurgia;</li> <li>- Elaboração de uma caixa intitulada “Caixa da Brincadeira”;</li> <li>- Estruturação de uma sessão de preparação para a cirurgia, com foco na gestão do medo;</li> </ul>

	- Realização de quatro sessões de preparação para a cirurgia, com foco na gestão do medo, a 4 crianças, jovens e famílias e avaliação do impacto das mesmas;
<b>Competências específicas de EEESCJ:</b>  <b>E1-</b> Assiste a criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde (E1.1 e E1.2);  <b>E2 –</b> Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2 e E2.5);  <b>E3 –</b> Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.2, E3.3 e E3.4).  <b>Competências comuns EE: C –</b> Domínio da Gestão dos cuidados (C2)	

## 2.5.2 Indicadores de avaliação:

### Indicadores de avaliação:

#### Competências comuns EE:

C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;

#### Competências específicas de EEESCJ:

E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E1.1.4 Proporciona conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

E1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.3 Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; E1.2.7 – Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde;

E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psico-emocional e espiritual da criança/jovem; E2.2.2 Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E 2.2.3 Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor;

E2.5.2 – Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação; E2.5.4 – Adequa o suporte familiar e comunitário;

E3.2.2 Demonstra conhecimentos sobre a competência do RN para promover o comportamento interativo; E3.2.4 Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E3.2.6 Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN;

E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem;

E3.4.1 Facilita a comunicação expressiva de emoções; E3.4.2 Reforça a imagem corporal positiva se necessário;

## 2.6– SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Através do autodiagnóstico realizado com base nos regulamentos das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEESCJ (OE, 2010) identifiquei as competências específicas de EEESCJ e as competências comuns do EE que pretendo desenvolver. Desta forma, no ensino clínico a realizar Serviço de Internamento de Pediatria pretendo desenvolver competências específicas do EEESCJ no âmbito da gestão emocional da criança e família em contexto cirúrgico, com especial enfoque na gestão do medo. No âmbito das competências comuns de EE pretendo desenvolver competências relacionadas com o domínio da Gestão dos Cuidados.

O projeto, na sua globalidade tem como **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências de EEESCJ, nos processos de saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional como intervenção de enfermagem na preparação para a cirurgia, visando a minimização do medo experienciado pela criança e a família;

Sendo que para cada objetivo geral foram definidos um conjunto de objetivos específicos e um conjunto de atividades que irão permitir alcançar os objetivos descritos. São exemplos dessas mesmas atividades os registos reflexivos e entrevista ao enfermeiro orientador. Segundo Santos e Fernandes (2004, p.59) “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas”.

Na tabela que se segue apresento os objetivos específicos e as atividades a desenvolver e, que poderão ser enriquecidos com as sugestões da enfermeira de orientadora

## 2.6.1 Plano de estágio Plano

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a estrutura física, a dinâmica e as orientações para a prática na Pediatria</li> </ul>	<p>Reunião com o enfermeiro orientador de forma a conhecer a área de abrangência do serviço, a caracterização da sua população e a sua articulação com outros serviços;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão com o enfermeiro orientador sobre as concepções e orientações para a prática</li> <li>- Realização de uma visita à estrutura física;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre os projetos e programas em desenvolvimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e análise dos protocolos, normas e projetos;</li> <li>- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação;</li> <li>- Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e à família;</li> <li>- Analisar e Identificar os medos das crianças e dos jovens e pais e quais às técnicas utilizadas na gestão emocional dos medos identificado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da comunicação de forma a comunicar adequadamente com a criança, o jovem e sua família;</li> <li>- Revisão bibliográfica sobre os principais medos da criança, do jovem e sua família;</li> <li>- Observação das técnicas utilizadas pelo enfermeiro orientador na gestão emocional do medo na criança/jovem e pais;</li> <li>- Reflexão sobre a intervenção do EEESCJ em contexto de internamento pediátrico na gestão dos medos da criança, do jovem e dos pais;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundamentar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista na preparação cirúrgica, em específico na gestão dos medos da criança, do jovem e da família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão bibliográfica sobre as estratégias de gestão dos medos da criança/família em contexto pré-cirúrgico;</li> <li>- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESCJ na preparação da criança/jovem e família na preparação para a cirurgia durante a observação participativa</li> </ul>
<b>Competências específicas de EEESCJ:</b>	



**E1-** Assiste a criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde (E1.1 e E1.2);

**E2** – Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2 e E2.5);

**E3** – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.2, E3.3 e E3.4).

**Competências comuns EE: C** – Domínio da Gestão dos cuidados (C2)

## 2.6.2 Indicadores de avaliação:

<b>Indicadores de avaliação:</b>
<b>Competências comuns EE:</b>  C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;  <b>Competências específicas de EEESCJ:</b>  E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E1.1.4 Proporciona conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.  E1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.3 Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; E1.2.7 – Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde;  E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psico-emocional e espiritual da criança/jovem; E2.2.2 Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E 2.2.3 Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor;  E2.5.2 – Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação; E2.5.4 – Adequa o suporte familiar e comunitário;  E3.2.2 Demonstra conhecimentos sobre a competência do RN para promover o comportamento interativo; E3.2.4 Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E3.2.6 Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN;  E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem;  E3.4.1 Facilita a comunicação expressiva de emoções; E3.4.2 Reforça a imagem corporal positiva se necessário;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS

- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. (7). 83-92.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care. Acedido em 15-07-2017 e disponível em: [http://ipfcc.org/resources/getting\\_started.pdf](http://ipfcc.org/resources/getting_started.pdf)
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 6 (III). 113-121.
- Neto, M., Tavares, M. Serelha, M. & Casella, P. (2010). A vertente cirúrgica de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais-25 anos de experiência. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 41(6). 241-245.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. Boston: Pearson
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* – Série I, volume II, Número 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar. Analisando Cuidados de Enfermagem em contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14 (1). 24-38

- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*. (11).59-62.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1026-1060). Loures: Lusociência
- Vilelas, J. , Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*.(p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA

### **APÊNDICE III**

Guia orientador da observação das Estratégias Utilizadas  
na Comunicação com a Criança, o Jovem e a Família

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**UNIDADE CURRICULAR: Estágio com relatório**

**Guia Orientador da Observação das Estratégias Utilizadas na  
Comunicação com a Criança, o Jovem e a Família**

**Discente:**

Ana Catarina Miranda Santos nº7325

Contacto: ana.c.santos@campus.esel.pt

**Docente Orientador:**

Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**2017/2018**

Data:

Idade criança/jovem:

Contexto de cuidados:

## ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA, O JOVEM E A FAMÍLIA

Baseado em: Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 122-187). Loures: Lusociência

Estratégias Observadas			Descrição da situação
Crianças	Proporcionar tempo;		
	Evitar avanços súbitos ou rápidos;		
	Falar inicialmente com os pais se a criança se apresenta envergonhada;		
	Comunicar através de um objeto de transição;		
	Dar oportunidade de falarem sem a presença dos pais;		
	Assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança;		
	Falar com tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante;		

**Data:**

**Idade criança/jovem:**

**Contexto de cuidados:**

	Falar de modo claro e com palavras simples e frases curtas;		
	Oferecer possibilidade de escolha quando ela existe;		
	Ser honesto;		
	Facilitar a expressão dos seus medos;		
	Utilizar técnicas de comunicação (verbais e não verbais);		
<b>Adolescente</b>	Respeitar as suas perspetivas;		
	Tolerar as diferenças;		
	Reforçar aspetos positivos		
	Dar atenção exclusiva;		
	Ouvir;		
	Ser delicado, ter calma e mente aberta;		
	Procurar não reagir exageradamente		
	Evitar julgamentos ou críticas;		



**Data:**

**Idade criança/jovem:**

**Contexto de cuidados:**

	Evitar perguntas de “terceiro grau”		
<b>Pais</b>	Encorajar a falar;		
	Direcionar o foco;		
	Escuta		
	Consciência cultural		
	Usar o silêncio;		
	Ser empático;		
	Evitar bloqueios à comunicação		
	Comunicar através de um intérprete;		

#### **APÊNDICE IV**

Poster: “O Meu Filho Vai Ser Vacinado, como Posso Ajudar?  
Orientações para Crianças dos 5-10 Anos”

## INTRODUÇÃO

No âmbito da gestão emocional do medo da dor e do desconhecido durante o momento da vacinação elaborei um poster cujo título é “O meu filho vai ser vacinado, como posso ajudar? Orientações para Crianças dos 5-10 anos”. Este teve como objetivo sensibilizar os pais para as diversas estratégias da gestão emocional que podem utilizar na gestão do medo dos filhos, no domicílio, para o momento da vacinação. Segundo Pontes *et al* (2015) a realização de procedimentos dolorosos na criança causa medo, sofrimento físico e emocional, especialmente se a criança não foi previamente informada e preparada para esse momento. Para a elaboração deste poster recorri à pesquisa bibliográfica sobre o tema e à discussão e reflexão com a enfermeira orientadora.

O poster contém a descrição de estratégias, adequadas à idade, que podem ser utilizadas pelos pais antes do momento da vacinação. A escolha desta faixa etária relacionou-se com os momentos de contacto com o sistema criança-família para a vacinação estabelecidos pelo Programa Nacional de Vacinação.

Na elaboração do mesmo foi utilizada uma linguagem simples, evitando recorrer à utilização de terminologia científica, para facilitar a compreensão por parte de todos os sistemas criança-família que recorrem à UCSP.

Este poster destinava-se a ser afixado na sala de espera para que pudesse ser consultar sempre que os pais recorressem às consultas de Saúde Infantil e à vacinação. Segundo a DGS (2012, p.1) é do escopo dos enfermeiros “preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança”.

# O MEU FILHO VAI SER VACINADO COMO POSSO AJUDAR?

## Orientações para Crianças dos 5-10 anos

### Medo da vacinação

A maior parte das crianças têm medo de agulhas.  
A vacinação pode ser um procedimento que provoca **medo**, sofrimento físico e emocional no seu filho principalmente se este não for esclarecido, **preparado** e **apoiado** devidamente.

(Pontes et al., 2015)



Reduz o sofrimento

Ajuda a identificar e a gerir as emoções

**Porquê preparar o seu filho**

Reduz os comportamentos desadequados durante a vacinação

Diminui o medo das agulhas

### Quando deve prepará-lo para a vacinação

5-10 Anos – deve prepara-lo 5 a 10 dias antes;

**Você é a pessoa que melhor conhece o seu filho e saberá em que momento deverá introduzir o tema da vacinação**

### Como o pode preparar

Independente da idade do seu filho deverá **informá-lo** e **prepará-lo** para o **momento da vacinação**. Para isso existem um conjunto de técnicas e estratégias que o poderão ajudar.

#### Dar informação

##### • 5-6 anos

-Utilize frases simples e palavras neutras para explicar o que vai acontecer;  
Ex: "Vão colocar um remédio de baixo da pele"

-Reforce com o seu filho que a vacinação não é uma forma de punição.

##### • 7-10 anos

-Explique o que vai acontecer com terminologia científica;  
-Explique o porquê;  
-Explique o que é a vacinação;  
-Esclareça as dúvidas e questões do seu filho.



#### Brincadeira lúdica

##### • 5-10 anos

-Utilize desenhos com a figura humana para identificar o local onde será administrada a vacina;  
-Conte histórias sobre a vacinação;  
-Faça uma dramatização (teatro) com o seu filho ou com um boneco sobre como será o procedimento.



#### Técnicas de relaxamento

##### • 5-10 anos

-Pode incentivar o seu filho a utilizar e a trazer bolas anti stress para o momento a vacinação;  
-Ensine e treine com o seu filho respirações lentas e profundas;  
Ex: Pode utilizar bolinhas de sabão, apitos ou soprar "língua da sogra" para treinar com ele a respiração.  
-Ensine e treine com o seu filho uma inspiração profunda retendo o ar por 5 segundos e depois uma expiração lenta.



#### Técnicas de distração

##### • 5-10 anos

- Pode trazer um boneco, livro ou música que distraia o seu filho durante a vacinação;

- **Imaginação guiada** - relembre com o seu filho um momento que o tenha deixado feliz e durante vacinação recorde com ele esse momento pedindo para ele contar os pormenores.



#### Estratégias de confronto

##### • 5-10 anos

- **Auto-instrução**: ajude o seu filho a encontrar factos positivos sobre o momento da vacinação;

Ex: "não demora muito"; "se pensar noutra coisa não dói tanto" "vai correr bem, tenho o meu amiguinho comigo"

- **Pensamento positivo**: ensine declarações positivas ao seu filho para dizer quando tiver medo;

Ex: "eu consigo aguentar", "eu sou capaz".

#### Contrato comportamental

##### • 5-10 anos

-Combine com o seu filho o que pode receber se cooperar durante a vacinação;

Ex: diploma de bom comportamento.



Preparar o seu filho em casa para o momento da vacinação irá reduzir o medo e melhorar a experiência da vacinação tornando-a menos traumatizante e stressante.

## **APÊNDICE V**

Guia Orientador da Observação dos Principais  
Medos da Criança, do Jovem e da Família

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**UNIDADE CURRICULAR: Estágio com relatório**

**Guia Orientador da Observação dos Principais Medos da Criança,  
do Jovem e da Família**

**Discente:**

Ana Catarina Miranda Santos nº7325

Contacto: ana.c.santos@campus.esel.pt

**Docente Orientador:**

Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**2017 / 2018**

Data:

Idade criança/jovem:

Contexto de cuidados:

**PRINCIPAIS MEDOS DA CRIANÇA E DO JOVEM**

Medos observados			Descrição da situação
0-12 Meses	∞ Estímulos ruidosos;		
	∞ Pessoas estranhas;		
	∞ Estímulos desconhecidos,		
	∞ Sensação de cair;		
1-3 anos (Toddler)	∞ Pessoas estranhas;		
	∞ Mudança do meio envolvente;		
	∞ Perda de controlo;		
	∞ Lesão corporal;		
	∞ Separação dos pais;		
3-6 anos (Pré-escolar)	∞ Perda de controlo;		
	∞ Lesão corporal;		
	∞ Dor;		
	∞ Escuro;		
	∞ Bruxas, monstros e fantasmas;		
	∞ Separação dos pais;		
	∞ Ficar sozinho		

**Data:**

**Idade criança/jovem:**

**Contexto:**

6-12 anos (Escolar)	∞ Lesão corporal;		
	∞ Ridículo;		
	∞ Separação dos pais;		
	∞ Mau rendimento escolar;		
	∞ Perda de controlo;		
	∞ Morte		
	∞ Incapacidade;		
	∞ Procedimento na área genital;		
12-18 anos (Adolescência)	∞ Morte		
	∞ Separação dos pares;		
	∞ Alteração da imagem corporal;		
	∞ Perda de auto-estima;		
	∞ Incapacidade;		
	∞ Perda de controlo;		
	∞ Dor;		
	∞ Lesão corporal;		



Data:

Idade criança/jovem:

Contexto:

PRINCIPAIS MEDOS DA FAMÍLIA		
Medos observados		Descrição da situação
Bem-estar dos filhos;		
Separação;		
Indução anestésica;		
Tipo cirurgia;		
Dor vivenciada pelos filhos;		
Ausência de informação;		

**Esta Grelha foi elaborada com recurso a bibliografia de referência e evidência científica atual, da qual destaca-se:**

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* – Série I, volume II, Número 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Vilelas, J. , Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*.(p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA

Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V. & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*. 32 (1). 35-43

## **APÊNDICE VI**

Guiões de entrevista semiestruturada aos  
enfermeiros orientadores

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**UNIDADE CURRICULAR: Estágio com relatório**

**ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS AOS ENFERMEIROS  
ORIENTADORES**

**Discente:**

Ana Catarina Miranda Santos nº7325

Contacto: [ana.c.santos@campus.esel.pt](mailto:ana.c.santos@campus.esel.pt)

**Docente Orientador:**

Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**2017 / 2018**

## **Índice**

INTRODUÇÃO .....	3
1. GUIÃO DE ENTREVISTA AO ENFERMEIRO ORIENTADOR .....	4
1.1 Contexto de Urgência .....	4
1.2 Contexto de Cuidados de Saúde Primários .....	7
1.3 Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....	10
1.4 Contexto de Consulta de Preparação para a Cirurgia .....	12
1.5 Contexto de Internamento Pediatria .....	15
2. REFLEXÃO .....	17
BIBLIOGRAFIA .....	22

## **INTRODUÇÃO**

Ao longo deste percurso tive a oportunidade de ser orientada por enfermeiros peritos nos diferentes contextos de estágio e reconheci a necessidade de realizar, em cada contexto, uma entrevista semiestruturada aos enfermeiros orientadores com o propósito de compreender e aprofundar conhecimentos através da sua visão da prática diária de cuidados relacionada com os medos da criança, jovem e família e a sua gestão emocional.

Estas entrevistas servem não só para conhecer a visão do enfermeiro perito sobre a sua prática de cuidado, mas também para realizar uma reflexão final sobre as práticas instituídas na gestão dos medos nos diversos contextos confrontando-as com a evidência científica.

Este documento encontra-se dividido em três partes distintas. Numa primeira parte, a introdução à realização desta atividade; numa segunda parte, os guiões de entrevistas aos diferentes enfermeiros peritos e os tópicos das respostas que foram obtidas; por fim, uma reflexão sobre as entrevistas e a evidência científica existente no âmbito do tema.

O registo da entrevista foi realizado em suporte de papel, não tendo sido transcrita nenhuma frase integral verbalizada pelo enfermeiro entrevistado. Este foi informado, no início da entrevista, sobre os objetivos da mesma e foi obtido o consentimento verbal para a sua realização. Ao longo da entrevista foram mantidos os princípios da confidencialidade e privacidade.

Todas as entrevistas realizadas contêm uma breve introdução à temática abordada que foi entregue ao enfermeiro entrevistado antes do início da entrevista.

## **1. GUIÕES DE ENTREVISTA AO ENFERMEIRO ORIENTADOR**

### **1.1 Contexto de Urgência**

As emoções têm um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, nomeadamente no seu desenvolvimento, por isso é fundamental facilitar e potenciar a gestão das emoções, da criança e família, com o objetivo de promover a mobilização ou desenvolvimento de mecanismos de *coping* que ajudem os mesmos a viver de forma saudável e adaptativa este processo de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Segundo Vilelas, Diogo, Rodrigues e Almeida (2017), o medo é a emoção mais vivenciada durante a hospitalização reforçando, desta forma, a importância do papel do enfermeiro na realização de intervenções que visem ajudar a criança a gerir os seus medos.

Encontrando-me num serviço de urgência em que as crianças e famílias que aqui recorrem se encontram a vivenciar situações geradoras de crise e atendendo que o medo é uma das emoções mais vivenciadas neste período, gostaria de lhe colocar algumas questões no âmbito do meu projeto de estágio. Pretendo compreender quais são os principais medos das crianças / jovens e famílias que recorrem a este Serviço de Urgência e de que forma o Enfermeiro gere esses mesmos medos, tendo como objetivo refletir sobre essa emoção e as estratégias que são utilizadas na sua gestão.

Assim, os tópicos que gostaria de abordar são:

- Quais os principais medos expressos de forma verbal ou não-verbal pelas crianças, jovens e famílias.

Existem diversos momentos que podem ser geradores de crise. O medo surge em várias fases de um episódio de recorrência a um serviço com estas características.

Inicialmente, na sala de triagem, existe o **medo do profissional de saúde**, da figura da 'bata branca'. Geralmente, tendem a **esconder-se por detrás da mãe**. A **sala de tratamentos** também é um dos principais locais identificados que induz a manifestação de **medo**, porque associam sempre a **sala à dor**, mesmo que o procedimento seja indolor

- Quais as situações de cuidados que frequentemente são geradoras de medos.

Na triagem, a **avaliação de saturação de oxigénio é quase sempre geradora de algum medo pelas crianças mais pequenas**. Na sala de tratamentos, **todos os procedimentos acabam por gerar medo**.

Outra situação que por vezes causa ansiedade é o **medo de se separar dos pais**.

- Quais as estratégias utilizadas na gestão dos medos da criança/jovem e família.

A **comunicação** adequada e direccionada tanto para a criança como para a família. Procurar que todos **entendam o que está a acontecer**, diminuir a ansiedade e esclarecer medos e dúvidas é primordial para conseguirmos um bom trabalho. Existem também outras estratégias como a **distração, a brincadeira, a colaboração dos pais** que são muito importantes para o sucesso desta gestão de medo. O recurso a **músicas e vídeos no telemóvel** acaba por ser muito eficaz também.

- Quais os resultados terapêuticos das estratégias de enfermagem que facilitam a gestão dos medos.

O ideal é conseguir a **colaboração das crianças nos procedimentos** e durante a sua estadia na urgência. Nos lactentes, o ideal é que **chorem o menos possível**. Assim como manter os **pais calmos, conscientes de todos os procedimentos** e com noção do que está a acontecer. Envolvê-los nos cuidados e capacitá-los para tal. É essencial que eles se **sintam acompanhados e esclarecidos** em todas as fases.

- Os diagnósticos, estratégias e resultados (a intervenção) são registados nas notas de enfermagem.

**Muito raramente**, sendo uma falha que se procura colmatar. Quando a criança se encontra internada no serviço de observação é mais fácil ter este contacto com crianças e pais e passá-lo para os registos. Mas no episódio de urgência propriamente dito, recorremos a uma série de estratégias para tranquilizar e procurar diminuir o medo; estratégias que já são inerentes ao cuidar, que fazem parte de nós enquanto enfermeiros em pediatria, que são essenciais no nosso dia-a-dia e que erradamente não registamos mais.



- Estas estratégias são objeto de discussão e reflexão pelos enfermeiros.

Vamos **observando e discutindo** o que é melhor para cada criança. Na **passagem de turno** falamos das estratégias que usamos, da nossa relação com os pais da criança, **o que resulta melhor com cada criança**, o que acaba por ser um momento de partilha e de discussão acerca das diversas estratégias utilizadas e um momento enriquecedor para todos.

## 1.2 Contexto de Cuidados de Saúde Primários

As emoções têm um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, nomeadamente no seu desenvolvimento por isso é fundamental facilitar e potenciar a gestão das emoções da criança e família, com o objetivo de promover a mobilização ou desenvolvimento de mecanismos de *coping* que ajudem os mesmos a viver de forma saudável e adaptativa os processos de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Segundo Pedro, Barros & Moleiro (2010), aproximadamente 80% das crianças em idade pré-escolar tem medo de agulhas. Reforçando esta ideia, Pontes *et al.* (2015) referem que os procedimentos dolorosos, como a vacinação, podem provocar medo, sofrimento físico e emocional na criança, especialmente se não existir informação e preparação. Desta forma o enfermeiro desempenha um papel fundamental na realização de intervenções que visem ajudar a criança e família a gerir esses medos (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017).

Gostaria de lhe colocar algumas questões no âmbito do meu projeto de estágio, de forma a compreender quais os principais medos das crianças, dos jovens e das famílias que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários e de que forma pode o Enfermeiro facilitar a gestão desses mesmos medos. O meu objetivo é refletir sobre as estratégias que são utilizadas, a sua intencionalidade terapêutica e os benefícios.

Assim os tópicos que gostaria de abordar são:

- Os principais medos expressos de forma verbal ou não-verbal pelas crianças, jovens e famílias durante as consultas de Saúde Infantil e durante a vacinação.

Pode-se dividir os medos expressados em dois grupos importantes, o momento da vacinação em que as **crianças têm medo da dor, das agulhas**, mesmo quando não tiveram experiências de dor anteriores. Especialmente as raparigas de 10 anos por causa das amigas da escola expressarem que tinha sido um momento muito doloroso. Já nos **pais os principais medos** manifestados são o **medo das possíveis reações secundárias da vacina** (ex: febre) ou que a **vacina provoque dor no seu filho**.

No segundo grupo encontramos a Consulta de Saúde Infantil em que nas crianças o principal medo manifestado é o **medo de existir um procedimento doloroso** (ex. vacinação) sendo que algumas crianças já entram na consulta a chorar. Em relação aos **pais** já existe um maior leque de **medos** manifestados durante a consulta, entre o quais, **o medo de não existir um aumento ponderal, o medo de o mesmo apresentar alterações do desenvolvimento e a amamentação**. Destaca-se ainda que de forma involuntária os enfermeiros por vezes exacerbam os medos dos pais, no

caso de algumas patologias (hérnias, freio da língua curto). Deve ser utilizada uma abordagem de forma a tranquilizar os pais ao mesmo tempo que mantemos a vigilância.

- Os momentos de contacto com a criança e a família que são mais geradoras de medo.

O momento de contacto mais gerador de medo na criança, jovem e família é o momento da **vacinação**.

- As estratégias utilizadas na gestão dos medos da criança, do jovem e da família durante as consultas de Saúde Infantil e durante a vacinação.

Recorre-se a diversas **estratégias entre as quais se destacam a informação, a distração, o contar, a contenção** (com o abraço por parte dos pais), **a amamentação** (utilizada no momento da vacinação dos 2 meses), **EMLA, adequação da linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança e aos pais e o reforço positivo**.

- Os resultados terapêuticos das estratégias de enfermagem que facilitam a gestão dos medos.

Têm existido **resultados positivos** após o recurso a estratégias de gestão dos medos. No entanto existem situações em que as estratégias utilizadas não obtiveram os resultados esperados na colaboração das crianças, jovens e pais.

- Os diagnósticos, estratégias e resultados (a intervenção) são registados nas notas de enfermagem.

**Na vacinação** o único registo realizado é o da vacina, na plataforma própria, **não sendo realizado nenhum outro registo de enfermagem**. No âmbito da Consulta de Saúde Infantil **não são realizados diagnósticos em Sclin\1ico** relacionados com o medo, contudo **nas notas gerais de enfermagem são descritos os medos manifestados durante a consulta e as estratégias utilizadas, assim como os resultados obtidos**.

- A discussão e a reflexão sobre as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros.

É realizada uma **discussão entre colegas** para identificar quais as estratégias que apresentam melhores benefícios. É também **realizada uma reflexão sobre as situações e quais as estratégias utilizadas**.

### **1.3 Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

As emoções têm um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, nomeadamente no seu desenvolvimento, por isso é fundamental facilitar e potenciar a gestão das emoções da criança e família, com o objetivo de promover a mobilização ou desenvolvimento de mecanismos de *coping* que os ajudem a viver de forma saudável e adaptativa os processos de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

Na Unidade de Cuidados Intensivo Neonatais (UCIN) do [REDACTED] existiu um aumento de mais de 25% de doentes cirúrgicos admitidos (Neto, Tavares, Serelha & Casella, 2010). A necessidade da hospitalização do recém-nascido prematuro leva os pais a vivenciarem a emoção do medo face ao ambiente desconhecido e face à incerteza do estado clínico do mesmo. O enfermeiro tem assim um papel de extrema importância na gestão das emoções da família, utilizando estratégias que proporcionem à família alívio do stress e diminuição do medo e trauma causado pela hospitalização do seu filho (Fernandes & Silva, 2015).

Segundo Fernandes, Tolero, Campos e Vilelas (2014) é a partir de uma relação de confiança com os enfermeiros, confiança esta que é construída através de uma comunicação contínua, que os pais superam o medo do ambiente desconhecido que é a UCIN. Também o cuidar do RN prematuro, leva a que os mesmos se sintam mais tranquilos e autoconfiantes.

Gostaria de lhe colocar algumas questões no âmbito do meu projeto de estágio, de forma a compreender quais os principais medos das famílias que têm um recém-nascido internado na UCIN e em particular quais os principais medos expressados pela família cujo recém-nascido se encontra num período pré-operatório. E também de que forma o Enfermeiro facilita a gestão desses mesmos medos.

Assim os tópicos que gostaria de abordar são:

- Os principais medos expressos de forma verbal ou não verbal pelos pais e família na UCIN;

Os principais **medos expressados pelos pais** estão relacionados com a **instabilidade hemodinâmica do recém-nascido, a morte, a alteração do desenvolvimento resultante da prematuridade, a cirurgia e a própria patologia**. Pode observar-se apesar de não ser verbalizado o medo da **incerteza face ao futuro**.

- As estratégias utilizadas na gestão dos medos da família na UCIN e especificamente quais as utilizadas no período pré-operatório.

O recurso à transmissão de **informação e ao esclarecimento de dúvidas dos pais**, a promoção do contacto com o RN **através do toque, do colo ou do contacto pele a pele** são algumas das **estratégias** que se utilizam de forma recorrente na prática de cuidados.

- Os resultados terapêuticos das estratégias de enfermagem que facilitam a gestão dos medos.

As **estratégias utilizadas têm apresentado resultados terapêuticos positivos**, conseguindo por vezes ter pais a vivenciar o internamento de uma forma mais tranquila.

- Os diagnósticos, estratégias e resultados (a intervenção) são registados nas notas de enfermagem.

Os **registos em notas de enfermagem são mais dirigidos às estratégias utilizadas com os pais** e mesmo essas a maior parte das vezes não são registadas em notas gerais de enfermagem. Existe ainda uma lacuna na implementação do diagnóstico e intervenções em *Sclínico*.

- A discussão e a reflexão sobre as estratégias mobilizada pelos enfermeiros.

Durante as **passagens de turnos refletimos e discutimos sobre estratégias que utilizamos e quais poderíamos utilizar** em algumas situações emocionalmente intensas com os pais.

## **1.4 Contexto de Consulta de Preparação para a Cirurgia**

As emoções têm um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, nomeadamente no seu desenvolvimento, por isso é fundamental facilitar e potenciar a gestão das emoções, da criança e família, com o objetivo de promover a mobilização ou desenvolvimento de mecanismos de *coping* que ajudem os mesmos a viver de forma saudável e adaptativa nestes processos de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Segundo Vilelas, Diogo, Rodrigues e Almeida (2017), o medo é a emoção mais vivenciada durante a hospitalização reforçando, desta forma, a importância do papel do enfermeiro na realização de intervenções que visem ajudar a criança a gerir os seus medos. Também Oliveira, Lacerda, Pereira e Silvestre (2005) referem que a notícia da necessidade de fazer uma cirurgia só por si potencia a ansiedade e exacerba os medos e as ideias pré-concebidas que existem na criança e adultos. A gestão da emocionalidade, realizada pelo enfermeiro, irá conduzir então a uma diminuição da ansiedade e do medo ajudando assim a minimizar o sofrimento associado ao internamento cirúrgico (Diogo, 2015).

Encontrando-me a realizar estágio na Consulta de Preparação para a Cirurgia, e tendo em conta que o medo é das emoções mais frequentemente experienciadas pela criança e família no período pré-operatório, gostaria de lhe colocar algumas questões no âmbito do meu projeto de estágio e de forma a compreender quais os principais medos expressados durante a consulta e de que forma o Enfermeiro gere esses mesmos medos e as estratégias que são utilizadas na sua gestão.

Assim os tópicos que gostaria de abordar são:

- Principais medos expressos de forma verbal e não-verbal pelas crianças, pelos jovens e suas famílias.

Os principais medos expressos pelos pais estão relacionados com a **anestesia e com a necessidade do jejum**. Já na criança, principalmente o pré-escolar e escolar, o medo encontra-se relacionado com os **procedimentos dolorosos** como por exemplo as punções venosas. Os adolescentes quando verbalizam os seus medos questionam se não vão **acordar a meio da cirurgia ou se podem não acordar**. Existe ainda o medo relacionado com a **separação dos seus pares** por não poderem ir à escola e realizar as mesmas atividades durante pós-operatório recente.

Ao longo da consulta identificam-se alguns medos, através da expressão não verbal, relacionados com **a hospitalização e o ambiente desconhecido**.

- Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para facilitar a gestão dos medos das crianças, dos jovens e família.

A principal estratégia utilizada é o recurso ao **fornecimento de informação e esclarecimento de dúvidas**. Ao longo da consulta tenta-se desmitificar alguns mitos e ideias pré-concebidas relacionadas com processo cirúrgico. Realiza-se o **ensino de técnicas de relaxamento e ensino de estratégias não farmacológicas de alívio da dor assim como a utilização da escala da dor** adequada ao estágio de desenvolvimento da criança. Utiliza-se também o **recurso à brincadeira terapêutica** dispondo de material cirúrgico para a criança poder manipular. Todas as estratégias selecionadas são adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e à família.

- Resultados terapêuticos das estratégias de enfermagem mobilizadas.

O resultado terapêutico esperado após a utilização das estratégias da gestão dos medos remete-nos para a **transformação de uma experiência potencialmente traumática, como a cirurgia e a hospitalização, numa experiência positiva** ajudando o sistema criança – família a **desenvolver ou mobilizar mecanismos de coping**.

O facto de existir uma avaliação semestral da satisfação do sistema criança – família possibilita o *feedback* dos resultados das estratégias implementadas.

- Registo em notas de enfermagem dos diagnósticos, estratégias e resultados (a intervenção).

É realizado o **registo em notas gerais de enfermagem todas as estratégias implementadas e os resultados das mesmas**. Contudo, o único diagnóstico implementado no *Sclinico* é o **conhecimento** relacionado com o pré e o pós-operatório, não sendo identificado nenhum diagnóstico relacionado com a dimensão emocional do sistema.

- Discussão e reflexão da intervenção de enfermagem.

É realizada pontualmente uma **discussão e reflexão de algumas situações durante a passagem de turno do dia seguinte** à ocorrência da situação.

Anualmente também é realizada uma **sessão de formação onde são apresentados os resultados da consulta do ano anterior onde se encontram incluídas as estratégias utilizadas e os resultados obtidos**, havendo um espaço para reflexão e discussão dos resultados apresentados.

## **1.5 Contexto de Internamento de Pediatria**

As emoções têm um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, nomeadamente no seu desenvolvimento, por isso é fundamental facilitar e potenciar a gestão das emoções, da criança e família, com o objetivo de promover a mobilização ou desenvolvimento de mecanismos de *coping* que ajudem os mesmos a viver de forma saudável e adaptativa nestes processos de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Segundo Vilelas, Diogo, Rodrigues e Almeida (2017), o medo é a emoção mais vivenciada durante a hospitalização reforçando, desta forma, a importância do papel do enfermeiro na realização de intervenções que visem ajudar a criança a gerir os seus medos. Também Oliveira, Lacerda, Pereira e Silvestre (2005) referem que a notícia da necessidade de fazer uma cirurgia só por si potencia a ansiedade e exacerba os medos e as ideias pré-concebidas que existem na criança e adultos. A gestão da emocionalidade, realizada pelo enfermeiro, irá conduzir então a uma diminuição da ansiedade e do medo ajudando assim a minimizar o sofrimento associado ao internamento cirúrgico (Diogo, 2015).

Encontrando-me a realizar estágio no internamento de Pediatria no Serviço de Cardiologia Pediátrica e tendo em conta que o medo é das emoções mais frequentemente experienciadas pela criança e família no período pré-operatório, gostaria de lhe colocar algumas questões no âmbito do meu projeto de estágio, de forma a compreender quais os principais medos expressados durante a consulta e de que forma o Enfermeiro gere esses mesmos medos e as estratégias que são utilizadas na sua gestão.

Assim os tópicos que gostaria de abordar são:

- Principais medos expressos de forma verbal e não-verbal pelas crianças, pelos jovens e suas famílias.

**Os medos** expressos pelos pais vão ao encontro de o coração ser entendido por eles como o motor da vida e por isso têm **medo da cirurgia ou das alterações relacionadas com a patologia cardíaca**. Verbalizam também em diversas ocasiões **medo da dor** que o filho possa experienciar e **medo da separação**.

Já os **adolescentes** referem ter **medo da morte**, da **alteração da imagem corporal**, da **lesão corporal e da dor**. As **crianças** expressam principalmente **medo dos procedimentos dolorosos, do ambiente desconhecido e da separação dos pais**.



- Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para facilitar a gestão dos medos das crianças, dos jovens e família.

São utilizadas algumas estratégias como o **fornecimento de informação**; o **esclarecimento de dúvidas**; a **visita à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**; o **envolvimento da criança, jovem e pais nos cuidados**; a **promoção da presença dos pais ou familiar** significativo durante a realização de **procedimentos dolorosos**; **dar espaço** à expressão das emoções; a **brincadeira terapêutica**; a **distração**; a **contenção** (envolver a criança com o abraço); o **uso de técnicas de relaxamento** e proporcionar a presença dos pais ou familiar significativo até à entrada do bloco operatório.

- Resultados terapêuticos das estratégias de enfermagem mobilizadas.

Os resultados terapêuticos das estratégias referidas anteriormente são a **transformação do desconhecido em conhecido** e a **transformação da hospitalização e da cirurgia numa vivência positiva**. Um dos resultados observados aquando da instituição destas estratégias são **crianças, jovens e pais colaboradores no processo de cuidar**.

- Importância do registo em notas de enfermagem dos diagnósticos, estratégias e resultados (a intervenção).

É **importante**, pois dá **visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem** no âmbito do trabalho emocional em enfermagem pediátrica. No entanto apenas se registam em notas gerais de enfermagem as estratégias utilizadas na gestão do medo da dor, não evidenciando todas as outras utilizadas na gestão emocional do medo.

- Discussão e reflexão da intervenção de enfermagem

É **realizada esta reflexão e discussão pontualmente** durante a passagem de turno, quando existem situações que sejam importantes, refletindo nesse momento sobre as estratégias utilizadas e quais poderiam ter sido utilizadas. No entanto, ao **longo do turno os colegas vão discutindo e refletindo as estratégias que mobilizam na gestão do medo** principalmente associado aos procedimentos dolorosos.

## 2. REFLEXÃO

As emoções têm um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, nomeadamente no seu desenvolvimento por isso é fundamental facilitar e potenciar a gestão das emoções, da criança e família, com o objetivo de promover a mobilização ou desenvolvimento de mecanismos de *coping* que ajudem os mesmos a viver de forma saudável e adaptativa nestes processos de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

É importante perceber a emoção do medo para melhor compreender como ele é vivenciado e como pode ser minimizado. O medo faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e deve ser entendido como um desafio que cada criança é capaz de superar. É natural que as crianças, jovens e pais experienciam a emoção de medo (OE, 2014). Esta emoção é imprescindível para o desenvolvimento humano uma vez que possibilita a aquisição de mecanismo que permitem lidar e adaptar-se a situações adversas (Sequeira, 2011).

Existem medos que são considerados normativos de cada estágio de desenvolvimento da criança tendo em consideração a unicidade de cada uma. Contudo existem fatores geradores de stress nos processos de saúde-doença comuns a todas as crianças, destacando-se os seguintes fatores: a separação do seu ambiente, dos pais e das atividades habituais; a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido e a alteração de rotinas; a dor provocada pelos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e a incerteza relacionada com a anestesia, a cirurgia e os resultados dos procedimentos (OE, 2011).

À medida que a criança cresce e vai desenvolvendo uma maturidade emocional vai adquirindo novas aprendizagens que irão contribuir para o desaparecimento gradual dos medos. Porém, se a criança ou jovem numa determinada idade é hospitalizada os medos que são normativos nesse estágio do desenvolvimento podem ser exacerbados pelos *stressores* associados à hospitalização, pelo que é necessária uma maior atenção por parte dos enfermeiros para atuar na gestão dos mesmos, desenvolvendo estratégias de gestão emocional (OE, 2011).

Saliento das entrevistas aos enfermeiros peritos, nos diversos contextos de estágio, os seguintes medos: dos profissionais de saúde, dos procedimentos potencialmente dolorosos (ex: vacinação), do desconhecido, da alteração da autoimagem, da separação, da anestesia, da morte e das alterações do desenvolvimento entre outros. Os medos identificados na prática de cuidados vão ao

encontro dos descritos na evidência científica em que se destaca o medo da separação dos pares e da família (dependendo do estágio do desenvolvimento), medo da morte, da alteração da imagem corporal e incerteza face ao futuro do filho (Almeida, Dias & Rato, 2002; OE, 2011; Sanders, 2014; Al-Sagarat, Al-Oran & Hamlan, 2017; Fernandes, Arriaga, Carvalho & Esteves, 2017).

É fundamental por parte dos profissionais de saúde realizar uma intervenção adequada e individualizada de forma a ajudar o sistema criança-família a compreender e a gerir as suas emoções (Boles, 2016). Tendo as emoções um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, é imprescindível facilitar a sua gestão, de forma a manter o equilíbrio do sistema, vivenciado de forma saudável estes processos de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010; Boles, 2016).

O recurso a estratégias como o brincar terapêutico, a distração, o fornecimento de explicações/ informações, o reforço positivo, a contenção e a sucção não nutritiva e nutritiva foram algumas das estratégias que os enfermeiros peritos mencionaram utilizar na sua prática de cuidados e das quais obtêm resultados terapêuticos como crianças e jovens colaborantes, pais esclarecidos e informados e o desenvolvimento de um sentimento de confiança por parte do sistema criança -família nos enfermeiros.

As diversas estratégias utilizadas e descritas pelos enfermeiros como por exemplo, a preparação para procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e a distração são consideradas, entre outras, estratégias de gestão emocional de antecipação. No entanto, existem também a utilização de estratégias de gestão das emoções reativas como por exemplo, envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, encorajar e restringir (Diogo, 2015). Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2015, p. 50) “a experiênciadados enfermeiros surge como essencial para mobilizar estratégias que podem ajudar a reduzir o medo e aumentar a segurança e o controlo sobre a situação, e assim ajudar no confronto de situações emocionalmente intensas”.

A presença dos pais ou familiar significativo ao longo do processo de saúde-doença promove um sentimento de segurança na criança que se encontra num ambiente desconhecido. Este envolvimento e presença confere-lhes não só espaço para manterem o seu papel parental, mas também promove um sentimento de segurança (Brown, 2014; Diogo, 2015).

Os diagnósticos de enfermagem relacionados com a expressão das emoções do sistema criança-família tal como as estratégias que foram utilizadas na gestão

dessas emoções e o resultado das mesmas ao longo dos processos de saúde - doença, nem sempre são registados no sistema informático. Os enfermeiros peritos dos diversos contextos referem que realizam em registos gerais de enfermagem algumas das intervenções realizadas e o seu resultado terapêutico, mas raros são aqueles que parametrizam os diagnósticos relacionados com a gestão emocional.

Os diagnósticos, intervenções e resultados são verbalizados e discutidos em equipa em momentos formais como a passagem de turno ou em momentos informais de forma a dar continuidade aos cuidados, mas em ambos os casos, é sempre feita uma reflexão e discussão das estratégias utilizadas nos processos de saúde-doença.

Segundo Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes e Fonseca (2017, p.101) “o trabalho emocional dos enfermeiros (...) contribui para o desenvolvimento das práticas numa perspetiva holística e humanizada”. Assim, segundo os mesmos autores, existe uma necessidade de adequar a parametrização em pediatria dando visibilidade à dimensão emocional nos processos de saúde-doença. É assim imprescindível existir um registo e uma valorização das intervenções que expressam o cuidar, pois estas são centrais aos cuidados dos enfermeiros (Martins, Pinto, Lourenço, Pimentel, Fonseca, André, Almeida, Mendes & Santos, 2008).

A entrevista aos diversos enfermeiros peritos nos seus contextos de trabalho conduziu a um aprofundamento de conhecimentos relacionado com os medos do sistema criança- família, as estratégias utilizadas na gestão desses medos e os resultados terapêuticos esperados.

A realização destas entrevistas transformou-se num momento de reflexão e partilha, com especial enfoque na questão da pouca visibilidade conferida ao Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no registo informático, apesar de este ser constantemente mobilizado na prática de cuidados diária dos enfermeiros. Após a minha passagem nos diversos contextos de estágios espero ter deixado alguma inquietude face a esta temática.

Esta atividade conferiu-me ainda a possibilidade de aperfeiçoar a realização de entrevistas semiestruturadas e conduziu à reflexão e discussão do tema da gestão da emoção do medo nos diversos contextos.

Com esta atividade desenvolvi competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito do “**E1.2 diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que**

***possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem***” (OE, 2010, p. 3) identificando ao longo dos vários contextos situações de mal-estar psíquico e emocional ***“E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”*** (OE, 2010, p. 4), através da capacitação da criança, jovem e família de estratégias de *coping* face ao medo e por fim ***“E3.4 – Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde através da facilitação da comunicação expressiva de emoções”*** (OE, 2010, p. 5).

## BIBLIOGRAFIA

- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H. & Hamlan, A. (2017). Preparing the Family and Children for Surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*. 40(2).99-107
- Boles, J. (2016). Preparing Children and Families For Procedures or Surgery. *Pediatric Nursing*. 43 (3). 147-149
- Brown, T. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1061-1118). Loures: Lusociência
- Diogo,P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ªEd) Loures: Lusodidacta
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13). 43-51.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M., Fernandes, N & Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: Do Discurso ao registo no sistema informático. In P., Diogo (coords). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 45-76). Loures: LUSODIDACTA
- Fernandes, A., Tolero, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascido Prematuros e seus Pais: Uma Competência do Enfermeiro. *Pensar em Enfermagem*. 18 (2). 45-60
- Fernandes, N. & Silva, E. (2015). Vivências dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(4). 107-115.
- Fernandes, S., Arriaga, P., Carvalho, H. & Esteves, F. (2017). Psychometric Assessment of the child Suregery Worries Questionnaire Among Portuguese Children. *Journal of clinical Psychology in Medical Settings*. 24. 289-301.

- Martins, A., Pinto, M., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., Almeida, M., Mendes, O. & Santos, R. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?. *Pensar Enfermagem*. 12 (2). 52-61.
- Neto, M., Tavares, M. Serelha, M. & Casella, P. (2010). A vertente cirúrgica de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais-25 anos de experiência. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 41(6). 241-245.
- Oliveira, A., Ladeiras, A.; Pereira, M. & Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*. 53 (4). 202-205
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica –Volume II*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dia Mundial da Criança. Ajude-nos a diminuir o medo do seu filho acerca da cirurgia*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Pedro, H., Barros, L. & Moleiro, C. (2010). Brief Report: Parents and Nurses' Behaviors Associated with Child Distress during Routine Immunization in a Portuguese Population. *Journal of pediatric Psychology*. 35 (6). 602-610.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar. Analisando Cuidados de Enfermagem em contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14 (1). 24-38.
- Pontes, J., Tabet, E., Folkmann, M., Cunha, M. & Almeida, A. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*. 13 (2). 238-242.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1026-1060). Loures: Lusociência.

Sequeira, I. (2011). Medo e Auto-conceito Infantil: Estudo comparativo entre crianças portadoras de doença oncológica e crianças sem doença. Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas. Covilhã: Dissertação para obtenção de Grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde. Obtido de Universidade da Beira Interior Ciências Sociais e Humanas: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2532/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Vilelas, J. , Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*.(p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA



## **APÊNDICE VII**

Sessões de Formação aos Enfermeiros da UCIN e SCP



## ÍNDICE

1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS.....	2
1.1 – Plano de Sessão.....	2
1.2 - Sessão de formação (PowerPoint) .....	4
2. SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA.....	16
2.1 – Plano de Sessão.....	16
2.2 – Sessão de Formação (PowerPoint) .....	18
2.3 – Proposta de Questionário de Avaliação da Sessão de Formação ...	29
3. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO.....	30





## 1.2. SESSÃO FORMAÇÃO (PowerPoint)





# **Cuidar em Contexto de UCIN**

Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Gestão Emocional  
da Família do Recém Nascido com Necessidade de  
Intervenção Cirúrgica

**Estudante da EESIP:** Ana Santos  
**Enfermeira Orientadora:**  
**Docente Orientadora:** Doutora Paula Diogo

Lisboa, 4 de Dezembro de 2017



## **Sumário**

1. Objetivos Gerais e Específicos
2. Enquadramento Conceptual
  - 2.1 Vertente Cirúrgica da UCIN
  - 2.2 Medos Vivenciados
3. Papel do Enfermeiro na Gestão da Emocionalidade
4. Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Gestão Emocional
5. Partilha de Experiências
6. Síntese Conclusiva

Referências Bibliográficas

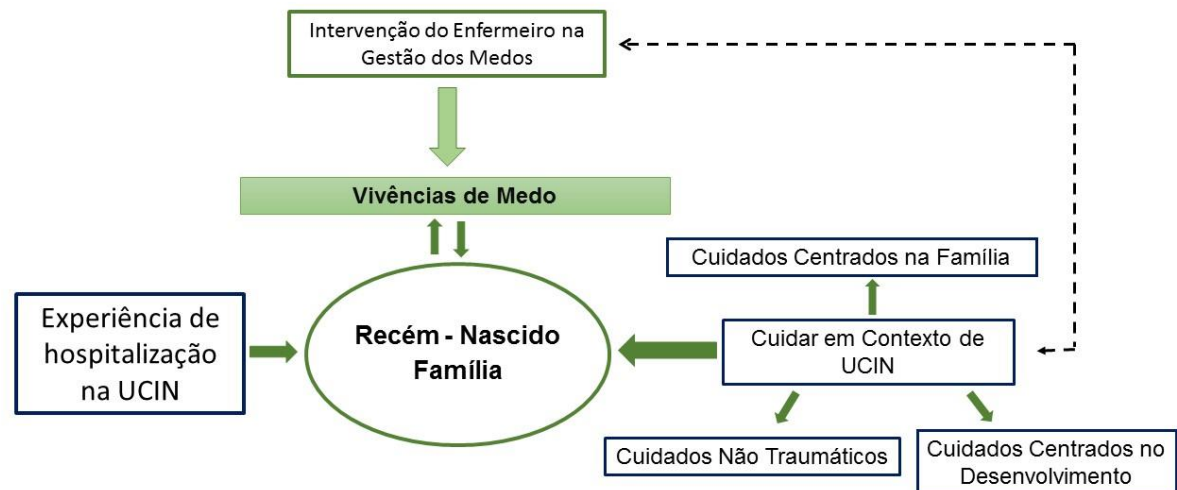
## Objetivo Geral

- Refletir sobre o cuidar em contexto de UCIN

## Objetivos Específicos

- Identificar as estratégias de enfermagem facilitadoras da gestão emocional da família com necessidade de intervenção cirúrgica
- Analisar as estratégias identificadas quanto à sua implementação, avaliação e resultados benéficos para a família

## 2. Enquadramento Conceptual



## 2.1 Vertente Cirúrgica da UCIN

Durante os 25  
anos de atividade  
da UCIN  
(1983-2007)

Recém-nascidos  
admitidos

• 5937

Submetidos a  
intervenção  
cirúrgica

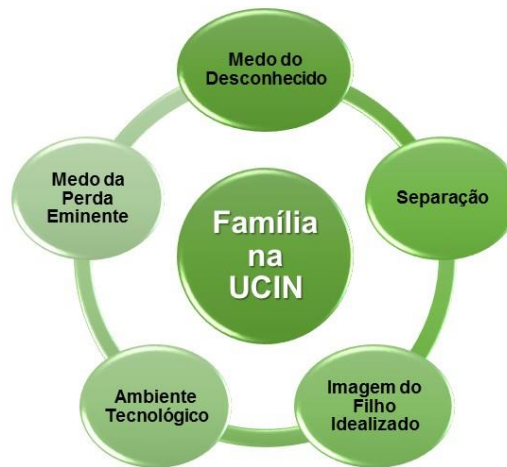
• 1140  
(19,2%)

(Neto, M., Tavares, M., Serelha, M. & Casella, P., 2010)



(Neto, M., Tavares, M., Serelha, M. & Casella, P., 2010)

## 2.2 Medos Vivenciados



(Santos, Silva, Santana, & Santos, 2012; Fernandes & Silva, 2015)

## 3 . Papel do Enfermeiro na Gestão da Emocionalidade

**Enfermeiro** assume um papel imprescindível na **gestão da emocionalidade - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica** (Diogo, 2015)



Diminuição da ansiedade e do medo ajudando, assim, a minimizar o sofrimento associado ao internamento na UCIN



## 4 . Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Gestão Emocional



(Diogo, 2015)

### Gestão Emocional de Antecipação

- Postura calma
- Mostrar disponibilidade
- Fornecer explicações/informações
- Favorecer a expressão de sentimentos
- Dar reforço positivo
- Preparar para procedimentos

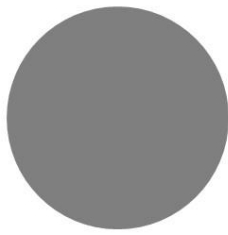
### Gestão das Emoções Reativas

- Envolver a família nos cuidados
- Explicar e esclarecer dúvidas
- Colocar-se ao lado
- Fazer pausa
- Fomentar a esperança
- Dar Carinho

(Diogo, 2015)



(Ordem dos Enfermeiros, 2011)



## 5 . Partilha de Experiências

## 6 . Síntese Conclusiva

O **medo** é uma emoção patente aquando a família vivencia uma experiência desconhecida. É necessário por parte dos profissionais de saúde realizar uma intervenção adequada e individualizada à família de forma a ajudá-los a compreender e a gerir as suas emoções, desenvolvendo assim estratégias que os ajudem a vivenciar o processo cirúrgico.

(Boles, 2016)



A utilização de estratégias direcionadas para gestão das emoções conduz a uma diminuição do medo o que irá permitir tranquilizar a família levando, assim, à minimização do sofrimento. (Diogo, 2015)

Com base na filosofia do cuidado centrado na família, o suporte à família e participação dos pais nos cuidados diretos ao RN, assim como a inclusão deles nas decisões sobre seu filho, deve ser uma das prioridades nos serviços de neonatologia.

(Schmidt, Higarashi, Sassá, Marcon & Veronez, 2012)

*“Se eu te pudesse dizer  
O que nunca te direi,  
Tu terias que entender  
Aquilo que nem eu sei.”*

Fernando Pessoa



---

**Obrigado**



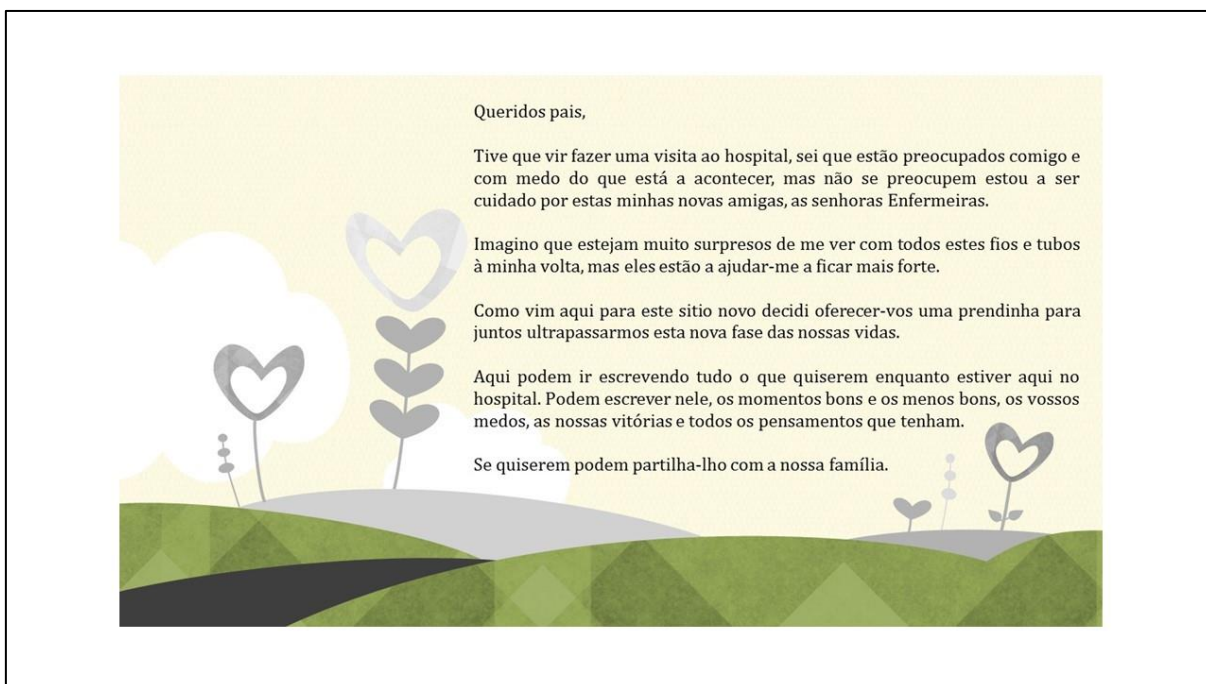
## Referências Bibliográficas


- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. (7), 83-92.
- Boles, J. (2016). Preparing Children and Families For Procedures or Surgery. *Pediatric Nursing*. 42 (3). 147-149.
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fernandes, A., Tolero, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascido Prematuros e seus Pais: Uma Competência do Enfermeiro Pensar em Enfermagem. 18 (2). 45-60
- Fernandes, N. & Silva, E. (2015). Vivências dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(4). 107-115.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care. Acedido em 15-07-2017 e disponível em:

## Referências Bibliográficas

- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 6 (III). 113-121
- Neto, M., Tavares, M. Serelha, M. & Casella, P. (2010). A vertente cirúrgica de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais-25 anos de experiência. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 41(6). 241-245
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Série I, volume II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(1). 132-135;
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M. & Erdmann, A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*. (4). 137-146.
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados... *Nascer E Crescer*. 20 (1). 26-31.
- Schmidt, K., Higarashi, I., Sassá, A., Marcon, S. & Verones, M. (2012). A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: Percepção dos Pais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 16(1).73-81.







O meu nome é: \_\_\_\_\_

Nasci no dia: \_\_\_\_\_

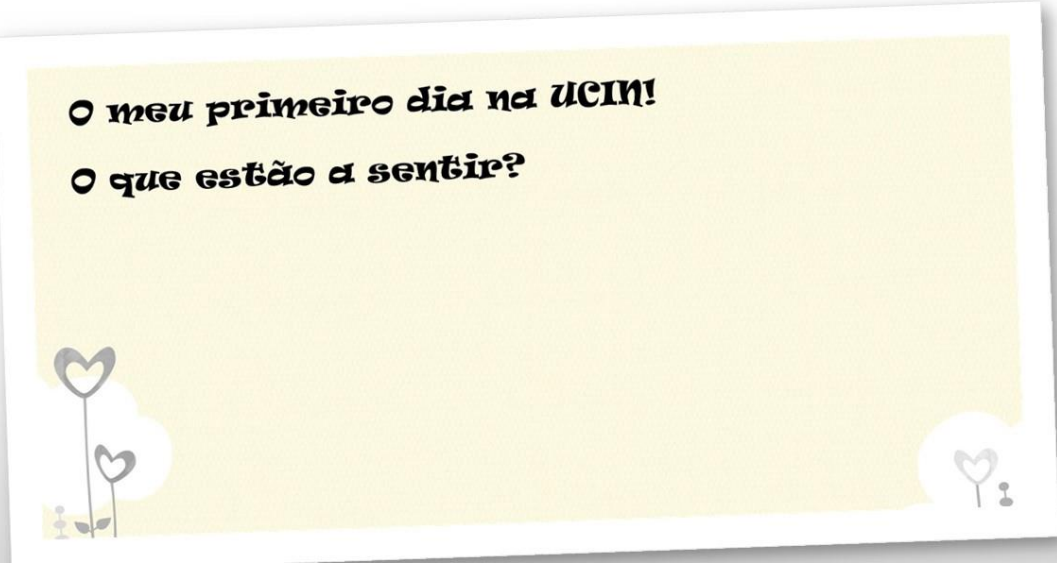
Hospital: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Sou enorme, a minha altura é \_\_\_\_\_

Os meus papás chamam-se: \_\_\_\_\_

**A minha foto**



**O meu primeiro dia na UCIN!**

**O que estão a sentir?**



Elaborado por Ana Santos, aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



## 2. SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

### 2.1. PLANO SESSÃO

<b>Tema:</b> Medos no período pré-operatório - Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Gestão Emocional da Criança, Jovem e Família		
<b>Local:</b> Sala Enfermagem	<b>Data:</b>	<b>Hora:</b> 16:00
<b>Destinatários:</b> Enfermeiros do Serviço de Cardiologia Pediátrica		
<p><b>Enquadramento:</b> O procedimento cirúrgico e a hospitalização representam uma circunstância geradora de crise familiar, uma vez que afeta todos os membros da família (Sanders, 2014), gerando desta forma mudanças psicoemocionais na dinâmica familiar e nos relacionamentos com o ambiente em que estão inseridos (Apolinário, 2012). Tendo as emoções um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, é fundamental gerir a emoções, da criança e família, com o objetivo de mobilizar ou desenvolver mecanismos de <i>coping</i> que ajudem os mesmos a viver de forma saudável este processo de saúde-doença (Pereira, Nunes, Teixeira &amp; Diogo, 2010). Segundo Vilelas, Diogo, Rodrigues &amp; Almeida (2017) o medo é a emoção mais vivenciada durante a hospitalização reforçando, desta forma, a importância do papel do enfermeiro na realização de intervenções que visem ajudar a criança a gerir os seus medos. A Ordem dos Enfermeiros (2011) refere assim que as intervenções de enfermagem têm como objetivo gerir a emoção do medo na criança e família no período do pré-operatório, estas têm-se vindo a revelar uma mais-valia na diminuição dos efeitos traumáticos durante a hospitalização e na redução de perturbações do comportamento no pós-operatório e após a alta.</p> <p><b>Bibliografia:</b> Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. <i>Revista de Enfermagem Referência</i>. (7). 83-92; Ordem dos Enfermeiros (2011). <i>Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II</i>. Ordem dos Enfermeiros; Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. &amp; Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar. <i>Analisando Cuidados de Enfermagem em contexto de Internamento de Pediatria. Pensar Enfermagem</i>. 14 (1). 24-38.; Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry &amp; D. Wilson (Eds). <i>Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente</i> (9ª ed.), (pp. 1026-1060). Loures: Lusociência; Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. &amp; Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). <i>Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem</i>.(p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA</p>		
<p><b>Objetivo Geral:</b> Refletir sobre os medos vivenciados pelas crianças, jovens e famílias no período pré-operatório</p>		
<p><b>Objetivo específico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar os principais medos das famílias, crianças e adolescentes;</li><li>- Identificar as estratégias de enfermagem facilitadoras da gestão emocional do medo no período pré-operatório;</li><li>- Analisar as estratégias identificadas como facilitadoras da gestão emocional da família em período pré-operatório;</li></ul>		

<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>	<b>Formador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumário</li> <li>• Objetivos Gerais e Específicos;</li> <li>• Enquadramento conceptual;</li> <li>• Principais medos;</li> <li>• Papel do Enfermeiro na gestão da emocionalidade;</li> <li>• Estratégias de enfermagem facilitadoras da gestão emocional do medo;</li> <li>• Considerações finais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo</li> <li>• Interativo</li> <li>• Partilha de experiências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador</li> <li>• Powerpoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 min</li> <li>• 1 min</li> <li>• 5 min</li> <li>• 5 min</li> <li>• 1 min</li> <li>• 5 min</li> <li>• 5 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ana Santos</li> </ul>

## 2.2. SESSÃO DE FORMAÇÃO (PowerPoint)

# Medos no período Pré-operatório

Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Gestão Emocional  
de Crianças, Jovens e suas Famílias

**Estudante da EESIP:** Ana Santos  
**Enfermeira Orientadora:** Enf.ª Especili  
**Docente Orientadora:** Prof.ª Doutora Paula Diogo

Lisboa, Fevereiro 2018

## Sumário

1. Objetivo Geral
2. Objetivos específicos
3. Enquadramento conceptual
4. Principais medos
5. Papel do Enfermeiro na gestão da emocionalidade
6. Estratégias de enfermagem facilitadoras da gestão emocional do medo
7. Considerações finais

## 1. Objetivo Geral

- Refletir sobre os medos vivenciados por crianças, jovens e famílias no período pré-operatório

## 2. Objetivos Específicos

- Identificar os principais medos das crianças, dos jovens e das famílias
- Identificar as estratégias de enfermagem facilitadoras da gestão emocional do medo no período pré-operatório
- Analisar as estratégias identificadas como facilitadoras da gestão emocional da família em período pré-operatório

## 3. Enquadramento Conceptual

## **Medo**

“reação a um perigo actual, de breve duração, perante um objecto preciso e com manifestações físicas dominantes (tensões, tremores,...) podendo, caso seja persistente levar a fobias”

(Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.11)

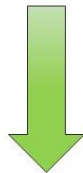
## **Medo**

“emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir.”

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p.65)

**Medo** é a emoção mais frequente nas crianças, jovens e famílias que vivenciam o processo de doença e da hospitalização

Intensificado por



Stressores associados à hospitalização

Contribui para a



Diminuição da capacidade de enfrentar e gerir os problemas

## 4. Principais Medos

## 4.1 Principais Medos das Crianças e Jovens

- Estímulos ruidosos;
- Estímulos desconhecidos;
- Pessoas estranhas;
- Sensação de cair;

**0-12 Meses**



- Mudança do meio envolvente;
- Perda de controlo;
- Lesão corporal;
- Separação dos pais;
- Pessoas estranhas;

**1-3 anos (Toddler)**



- Escuro;
- Bruxas, monstros e fantasmas;
- Separação dos pais;
- Dor;
- Perda de controlo;
- Lesão corporal;

**3-6 anos (Pré-escolar)**



Justus, et al (2006), Ordem dos Enfermeiros (2011), Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida (2017)

- Lesão corporal;
- Ridículo;
- Separação dos pais;
- Mau rendimento escolar;
- Perda de controlo;
- Morte
- Incapacidade;
- Procedimentos na área genital;

**6-11 Anos (Escolar)**



- Morte
- Separação dos pares;
- Alteração da imagem corporal;
- Perda de autoestima;
- Incapacidade;
- Perda de controlo;
- Dor;
- Lesão corporal;

**12-18 anos (Adolescência)**



Justus, et al (2006), Ordem dos Enfermeiros (2011), Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida (2017)

## 4.2 Medos dos Cuidadores Familiares



Justus, et al (2006), Ordem dos Enfermeiros (2011), Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida (2017)

## 5. Papel do Enfermeiro na Gestão da Emocionalidade

**Enfermeiro** assume um papel imprescindível na gestão da emocionalidade - **Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica** (Diogo, 2015)



Diminuição da ansiedade e do medo, ajudando assim a minimizar o sofrimento associado ao internamento cirúrgico.



## **6. Estratégias de enfermagem facilitadoras da gestão emocional do medo**



Diogo (2015), Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida (2017)

- Tocar e dar afetos
- Usar medidas de conforto: mimos e colo
- Proporcionar o relaxamento
- Manter os pais na linha de visão
- Usar objetos tranquilizantes
- Usar distração

**0-12 Meses**



- Envolver a criança, abraçando-a;
- Manter a presença dos pais;
- Proporcionar a brincadeira lúdica durante 5-10 minutos (modelagem, contar histórias)
- Ensinar técnicas de relaxamento (respiração)
- Encorajar a participação das crianças nos cuidados;
- Explicar procedimentos aos pais e à criança utilizando linguagem adequada;
- Permitir o manuseamento de Kit's de material lúdico-pedagógico;

**1-3 anos  
(Toddler)**



- Utilizar uma linguagem com termos que não sejam suscetíveis de levar a criança a interpretações erradas;
- Manter a presença dos pais;
- Utilizar palavras neutras para descrever os procedimentos;
- Esclarecer o porquê dos procedimentos;
- Elogiar a ajuda e a cooperação;
- Estimular a verbalização de ideias e sentimentos;
- Afirmer diretamente que os procedimentos nunca são uma forma de punição;
- Proporcionar a brincadeira lúdica;
- Ensinar técnicas de relaxamento;
- Utilizar técnicas de distração;
- Ensinar estratégias de confronto;
- Contrato comportamental.

**3-6 Anos  
(Pré-escolar)**



- Explicar os procedimentos, usando terminologia científica correta;
- Explicar os motivos para o procedimento
- Permitir o manuseamento do equipamento;
- Esclarecer duvidas;
- Proporcionar privacidade;
- Incentivar a sua participação ativa nos cuidados
- Proporcionar a brincadeira lúdica;
- Ensinar técnicas de relaxamento;
- Utilizar técnicas de distração;
- Ensinar estratégias de confronto;
- Contrato comportamental.

**6-11Anos  
(Escolar)**



- Garantir a privacidade;
- Ser tratado como um ser separado dos pais;
- Envolver na tomada de decisões;
- Encorajar a expressão de sentimentos;
- Explicar os procedimentos e as razões pelas quais os procedimentos são necessários ou benéficos;
- Explicar as consequências dos procedimentos a longo prazo ou que afetem a aparência;
- Compreender o medo da morte e da incapacidade;
- Ensinar sobre técnicas de relaxamento;
- Usar técnicas de distração;
- Ensinar estratégias de confronto;

12-18 Anos  
(Adolescência)



- Esclarecer dúvidas;
- Fornecer informações;
- Incentivar a presença dos pais;
- Incentivar a participação dos pais;
- Informar sobre o que vai acontecer e que sensações ou reações a criança pode ter;
- Respeitar o seu ritmo;
- Favorecer a expressão das emoções;
- Dar reforço positivo;
- Mostrar disponibilidade;
- Fazer pausas;

Cuidadores Familiares



## 7. Considerações Finais

O **medo** é uma emoção frequentemente vivenciada pela criança e família ao longo dos processos de saúde-doença, sendo muito observada no confronto com procedimentos cirúrgicos.

É necessário por parte dos profissionais de saúde uma intervenção adequada e individualizada aquela criança e família, de forma a ajudá-los a compreender e a gerir as suas emoções, desenvolvendo assim estratégias que os ajudem a vivenciar positivamente o processo cirúrgico.

(Boles, 2016)

O enfermeiro como elemento da equipa multidisciplinar surge como um elemento dinamizador em todo o processo de preparação para o momento da cirurgia, proporcionando à criança e família a aquisição de competências para lidar com esta situação desconhecida.

(Oliveira, Lacerias, Pereira & Silvestre, 2005)

O **enfermeiro gere o medo** das criança através de estratégias confortantes mas também através da simpatia, afeto, carinho, da confiança, da positividade, da empatia e do humor.

(Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017)



# Obrigado

“Porque é que um chapéu faria medo? (...) Desenhei então o interior da jibóia, para que as pessoas grandes pudessem compreender.”

Antoine de Saint-Exupéry

## Bibliografia

- Brown, T. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1061-1118). Loures: Lusociência
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica- Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ed). Loures: Lusodidacta
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização Da Criança*. Loures: Lusociência.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V. & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*. 32 (1). 35-43
- Oliveira, A., Lacerias, A., Pereira, M. & Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*. 53 (4). 202-205.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Série I, volume II, Número 3*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA

### 2.3. Proposta de Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

O seguinte questionário foi elaborado no âmbito da sessão de formação realizada com o título **“Medos no período Pré-operatório – Estratégias de Enfermagem Facilitadoras da Gestão Emocional de Crianças, Jovens e suas Famílias”** no contexto de estágio do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Serão apresentadas um conjunto de questões à qual gostaria da sua colaboração. Todas as questões são apenas de resposta SIM ou NÃO.

	Sim	Não
Os conteúdos abordados foram de acordo com as suas expectativas?		
Considera que os conteúdos foram abordados de forma clara?		
Considera que a sessão de formação foi importante para a sua prática de cuidados?		
Considera a utilização de estratégias de enfermagem facilitadoras da gestão do medo importante na sua prática de cuidados?		

Obrigado pela sua presença e colaboração.

### **3. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES**

As realizações destas sessões de formação tiveram um impacto positivo nos participantes dos diferentes contextos de estágio e um feedback positivo no final, sendo referido que os conteúdos foram abordados de forma clara e foram ao encontro do tema da sessão e das expectativas dos participantes.

Algumas das estratégias da gestão emocional expressas durante as sessões não eram do conhecimento geral dos participantes tornando a sessão numa mais valia para o desenvolvimento de novas aprendizagens e para a melhoria da prática de cuidados.

Destaco ainda o espaço criado durante as sessões para a partilha e discussão de experiências que foi considerado pelos participantes como fulcral, pois conduziu à reflexão e partilha de experiências, algumas emocionalmente intensas e posterior discussão de estratégias mobilizadas e daquelas que no futuro se poderiam utilizar para gerir situações idênticas.

Ambas as sessões de formação tiveram a participação de apenas alguns elementos da equipa de enfermagem devido às condicionantes dos turnos em que foram realizadas.

Foi elaborada apenas uma proposta de questionário de avaliação da sessão de formação para um dos contextos, visto que no contexto de estágio da UCIN já existia um documento oficial para avaliação das sessões de formação. Esta proposta, no entanto, constitui-se como linha orientadora para obter feedback oral por parte dos participantes no final da sessão.

## **APÊNDICE VIII**

Guia Orientador da Observação das Estratégias de Gestão

Emocional do Medo da Criança, do Jovem e da Família



**8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**UNIDADE CURRICULAR: Estágio com relatório**

**Guia Orientador da Observação das Estratégias de Gestão  
Emocional do Medo da Criança, do Jovem e da Família**

**Discente:**

Ana Catarina Miranda Santos nº7325

Contacto: ana.c.santos@campus.esel.pt

**Docente Orientador:**

Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**Outubro, 2017**

Data:

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO EMOCIONAL DO MEDO DA CRIANÇA e DO JOVEM			
	Estratégias observadas		Descrição da situação
<b>Estratégias de gestão emocional da criança e jovem com enfoque nos próprios</b>	Toque e dar afetos;		
	Utilização de objetos tranquilizadores;		
	Técnicas de Relaxamento (proporcionar / ensinar);		
	Distração;		
	Música;		
	Incluir criança na conversa;		
	Enfatizar colaboração da criança;		
	Manter objetos ameaçadores fora do campo de visão;		
	Explicar procedimentos numa linguagem que a criança perceba;		
	Permitir o manuseamento de material lúdico-pedagógico;		
	Estimular a criança a participar nos procedimentos;		
	Avisar quando termina o procedimento;		
	Modelagem (boneco não significativo);		
	Explicar as situações desconhecidas		
	Esclarecer dúvidas, questões ou receios;		
	Utilizar palavras neutras para descrever os procedimentos;		
	Estimular a verbalização de ideias e sentimentos;		
	Afirmar diretamente que os procedimentos não são uma punição;		
	Encorajar a participação na tomada de decisão;		
	Esclarecer o porquê do procedimento;		
	Elogiar a ajuda e a cooperação;		

Data:

Idade criança/jovem:

Contexto de Cuidados:

<b>Estratégias de gestão emocional da criança e jovem com enfoque nos próprios</b>	Ensinar estratégias de confronto;		
	Contrato comportamental;		
	Terapia narrativa;		
	Explicar os procedimentos, usando a terminologia científica correta;		
	Explicar os motivos para o procedimento;		
	Explicar a função e funcionamento dos equipamentos;		
	Permitir o manuseamento do equipamento;		
	Proporcionar privacidade;		
	Solicitar a cooperação da criança;		
	Envolver na tomada de decisão;		
	Incentivar à participação nos cuidados;		
	Reforçar autoestima;		
	Permitir a responsabilização em tarefas simples;		
	Ser tratado como um ser separado dos pais;		
	Minimizar as restrições;		
	Encorajar a expressão de sentimentos e ideias;		
	Explicar as consequências dos procedimentos a longo prazo ou que afetem a aparência;		
	Estimular o questionamento em relação a medos, opções e alternativas;		
	Discutir as implicações na imagem corporal;		
	Permitir a relação entre pares que foram submetidos ao mesmo procedimento;		
	Compreender o medo da morte e da incapacidade;		
	Sugerir métodos de manutenção de controlo;		

Data:

Idade criança/jovem:

Contexto de Cuidados:

<b>Estratégias de gestão emocional da criança e jovem com enfoque na família</b>	Usar medidas de conforto;		
	Manter pais na linha de visão;		
	Simular procedimentos na pessoa significativa;		
	Manter presença dos pais;		
	Contenção;		
	Incentivar a presença dos pais		
<b>Promover Ambiente Seguro e Afetuoso</b>	Ambiente calmo e seguro;		
<b>Nutrir os Cuidados com Afeto</b>	Simpatia;		
	Sorriso;		
	Confiança;		
	Positividade;		
	Compreensão;		
	Empatia;		
	Humor;		

Data:

Idade criança/jovem:

Contexto de Cuidados:

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO EMOCIONAL DOS MEDOS DA FAMÍLIA		
Estratégias observadas		Descrição da situação
Esclarecer dúvidas;		
Incentivar a presença dos pais;		
Incentivar a participação dos pais;		
Informar sobre o que vai acontecer e que sensações ou reações a criança pode ter;		
Respeitar o seu ritmo;		
Favorecer a expressão das emoções;		
Dar reforço positivo;		
Fornecer informações;		
Mostrar disponibilidade;		
Fazer pausas;		

**Bibliografia:**

- Brown, T. (2014).Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1061-1118). Loures: Lusociência
- Diogo,P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica- Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar.* (2ed).Loures: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Série I, volume II, Número 3.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

## **APÊNDICE IX**

Diário do Recém-Nascido

## **NOTA INTRODUTÓRIA**

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais os pais encontram-se a vivenciar um período emocionalmente intenso relacionado com a situação de instabilidade e a ameaça de morte do seu filho, transformando-se esta vivência numa situação emocional intensa, acrescendo a possibilidade de uma cirurgia de urgência. Perante o turbilhão de emoções experienciadas, os pais apresentam dificuldade em expressar as suas emoções. Segundo Diogo (2015) é necessário encorajar a expressão de sentimentos perante situações emocionalmente intensas.

Neste sentido e em colaboração com a enfermeira orientadora, desenvolvi o “Diário do Recém-Nascido” com a finalidade de os pais e familiares transporem para a escrita as suas emoções face à hospitalização e à possibilidade do procedimento cirúrgico. Pretendeu-se também com este diário fomentar a esperança, deixando espaços em branco para o registo das pequenas vitórias conquistadas pelo recém-nascido ao longo de todo o processo de doença.

Foi proposto que o momento de entrega deste diário acontecesse no início do internamento do sistema recém-nascido-família.





# Queridos pais!

O meu livrinho



Queridos pais,

Tive que vir fazer uma visita ao hospital, sei que estão preocupados comigo e com medo do que está a acontecer, mas não se preocupem estou a ser cuidado por estas minhas novas amigas, as senhoras Enfermeiras.

Imagino que estejam muito surpresos de me ver com todos estes fios e tubos à minha volta, mas eles estão a ajudar-me a ficar mais forte.

Como vim aqui para este sitio novo decidi oferecer-vos uma prendinha para juntos ultrapassarmos esta nova fase das nossas vidas.

Aqui podem ir escrevendo tudo o que quiserem enquanto estiver aqui no hospital. Podem escrever nele, os momentos bons e os menos bons, os vossos medos, as nossas vitórias e todos os pensamentos que tenham.

Se quiserem podem partilhá-lo com a nossa família.



O meu nome é: \_\_\_\_\_  
Nasci no dia: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_  
Sou enorme, a minha altura é \_\_\_\_\_  
Os meus papás chamam-se: \_\_\_\_\_



**A minha foto**

**O meu primeiro dia na UCIN!**

**O que estão a sentir?**

**O meu segundo dia na UCIN!**



**A minha primeira semana na UCIN!**



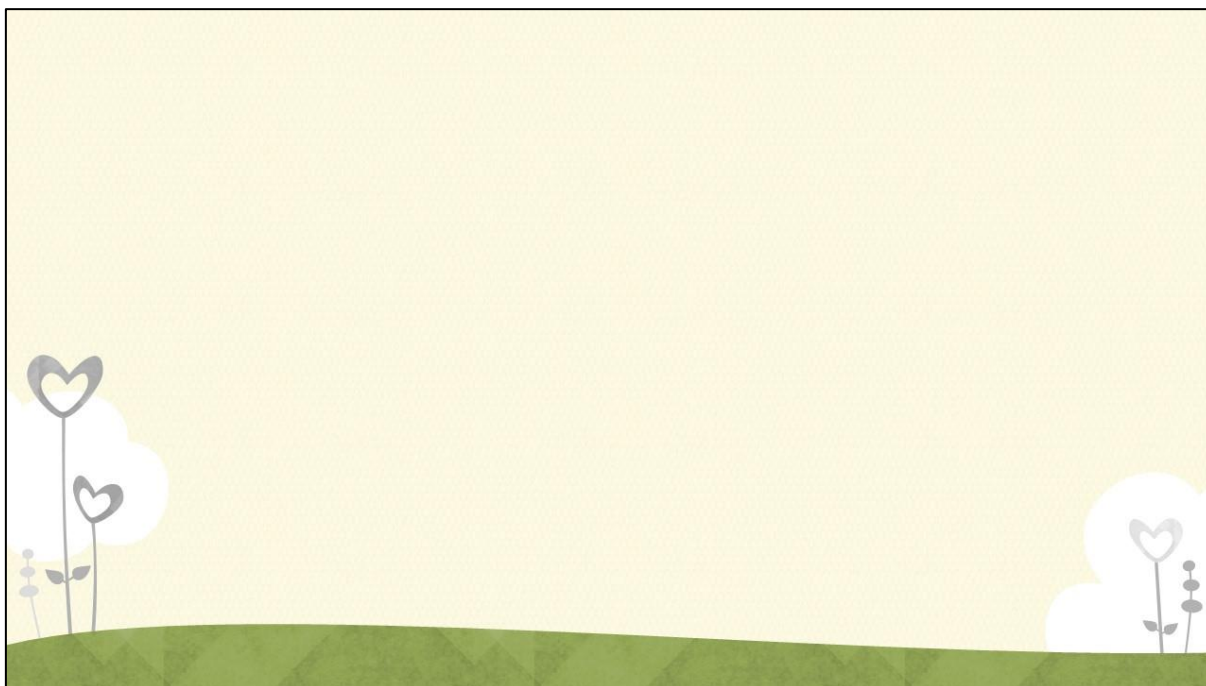


**O meu primeiro mês na UCIH!**



**Um dia que vos marcou!**





## Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Elaborado por Ana Santos, aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Sob a orientação   e da Professora Doutora Paula Diogo

## **APÊNDICE X**

Guia orientador da Observação das Estratégias Utilizadas pelo EEESIP na  
Preparação da Criança, do Jovem e da Família para a Cirurgia

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**UNIDADE CURRICULAR: Estágio com relatório**

**Guia Orientador da Observação das Estratégias Utilizadas na  
Preparação da Criança, do Jovem e da Família para a Cirurgia**

**Discente:**

Ana Catarina Miranda Santos nº7325

Contacto: ana.c.santos@campus.esel.pt

**Docente Orientador:**

Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**Outubro, 2017**

## ESTRATEGIAS UTILIZADAS NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA e Do JOVEM PARA A CIRURGIA

Estratégias observadas			Descrição da situação
Fase Inicial	Promover o acolhimento da criança e jovens;		
	Entrevista de avaliação inicial;		
	Avaliar os conhecimentos sobre a cirurgia;		
Fase de desenvolvimento	Explicar aspetos do período pré-operatório (material e equipamento, transporte, presença de pessoa significativa, transporte, entre outras)		
	Incentivar à verbalização de dúvidas e medos;		
	Utilização de estratégias de gestão emocional do medo;		
	Instruir e treinar estratégias de gestão emocional do medo;		
	Instruir e treinar a escala de avaliação da intensidade da dor;		
	Terapia narrativa;		
	Brincadeira terapeutica;		
	Modelagem;		
	Desenho;		
	Dramatização;		
Fase Final	Esclarecer as dúvidas e as questões;		



**D**  
**ta:**

**Idade criança/jovem:**

	Utilização de folhetos ou livros;		
--	-----------------------------------	--	--

ESTRATEGIAS UTILIZADAS NA PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA PARA A CIRURGIA			
Estratégias observadas			Descrição da situação
Fase Inicial	Entrevista de avaliação inicial;		
	Promover o acolhimento;		
	Avaliar os conhecimentos sobre a cirurgia;		
Fase de desenvolvimento	Explicar aspetos do período pré-operatório (material e equipamento, transporte, presença de pessoa significativa, transporte, entre outras)		
	Instruir e treinar a escala de avaliação da intensidade da dor;		
	Ensinar e instruir os pais sobre estratégias para lidar com as sensações/reações esperas na criança no pós-operatório;		
	Incentivar á verbalização de dúvidas e medos;		
	Instruir e treinar estratégias de gestão emocional do medo;		
Fase Final	Esclarecer as dúvidas e as questões;		
	Utilização de folhetos ou livros;		
	Dar informação (direitos dos pais e crianças, procedimentos do pré-operatório);		
	Dar folhetos informativos;		

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA:

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORE

Boles, J. (2016). Preparing Children and Families For Procedures or Surgery. *Pediatric Nursing*. 42 (3). 147-149.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* – Série I, volume II, Número 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

## **APÊNDICE XI**

Caixa da Brincadeira e Kit de Preparação para a Cirurgia

## ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA .....	2
1. CAIXA DA BRINCADEIRA .....	3
1.1 – Documento orientador .....	3
1.2 - Caixa da Brincadeira - Fotos .....	5
2. KIT DE PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA .....	6
2.1 – Tabela da Lista de Material.....	6
2.2 – Kit de Preparação para a Cirurgia - Fotos .....	7
Referências Bibliográficas .....	8

## **NOTA INTRODUTÓRIA**

O brincar é considerado como a linguagem universal da criança, sendo encarado como uma forma de a criança comunicar e interagir com os outros. É através da brincadeira que elas expressam as suas emoções (Tavares, 2011; OE, 2013; Hockenberry, 2014).

A brincadeira terapêutica centra-se na experiência que a criança se encontra a vivenciar e constitui-se como um meio de comunicação entre a criança e o enfermeiro, sendo utilizada na partilha de informação e preparação para procedimentos. O recurso ao brinquedo terapêutico facilita a expressão de sentimentos e minimiza o impacto da experiência desconhecida, auxiliando também a assimilação e compreensão de novas situações (OE, 2013).

O recurso à distração através do brincar lúdico ou do desenho nas crianças e da música nos adolescentes, contribui para o alheamento de pensamentos e sentimentos perturbadores, constituindo-se como numa forma tranquilizar e desviar o foco da atenção da criança e do jovem.

A elaboração da Caixa da Brincadeira e do Kit de Preparação para a cirurgia têm como objetivo proporcionar à criança e jovem recursos para expressarem as suas emoções e desenvolverem estratégias de gestão da emocional face à hospitalização, aos procedimentos dolorosos e ao processo cirúrgico. O Kit de Preparação para a cirurgia tem ainda como objetivo a transmissão de informação relativamente ao processo cirúrgico.

## 1. CAIXA DA BRINCADEIRA

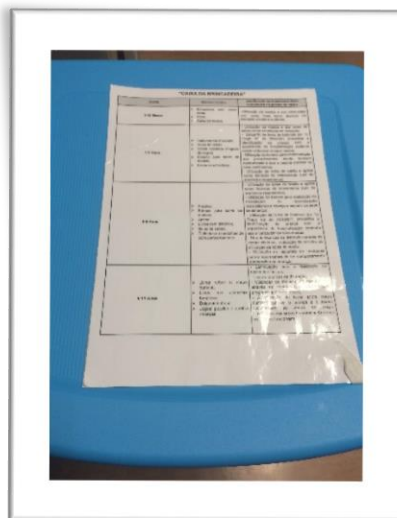
### 1.1. Documento orientador

IDADE	Material Lúdico	Justificação da intencionalidade terapêutica na gestão do medo
0-12 Meses	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Brinquedos com cores vivas;</li><li>➤ Roca;</li><li>➤ Caixa de música;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Utilização da música e dos brinquedos com cores vivas como técnicas de distração visuais e auditivas;</li></ul>
1-3 Anos	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Instrumentos musicais;</li><li>➤ Bolas de sabão</li><li>➤ Apitos coloridos (línguas da sogra);</li><li>➤ Boneco para servir de modelo;</li><li>➤ Livros com histórias;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utilização da música e das bolas de sabão como estratégias de distração;</li><li>- Utilização de livros de histórias (ex: "O Diogo vai ao Hospital") possibilita a identificação da criança com a experiência da hospitalização podendo assim verbalizar os seus medos;</li><li>- Utilização do boneco para demonstração dos procedimentos, dando também oportunidade a que a mesma exprima os seus sentimentos;</li><li>- Utilização de bolas de sabão e apitos como técnicas de relaxamento (uso de exercícios respiratórios)</li></ul>
3-6 Anos	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Puzzles;</li><li>➤ Boneco para servir de modelo;</li><li>➤ Apitos;</li><li>➤ Livros com histórias;</li><li>➤ Bolas de sabão;</li><li>➤ Diplomas ou medalhas de bom comportamento;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utilização de bolas de sabão e apitos como técnicas de relaxamento (uso de exercícios respiratórios)</li><li>- Utilização do boneco para realização de modelagem ou dramatização possibilitando a criança a exprimir os seus sentimentos;</li><li>- Utilização de livros de histórias (ex: "O Diogo vai ao Hospital") possibilita a identificação da criança com a experiência da hospitalização podendo assim verbalizar os seus medos;</li><li>- Uso de técnicas de distração através de contar histórias, realização de puzzles ou utilização de bolas de sabão;</li><li>- Utilização de diplomas ou medalhas como recompensa de um comportamento cooperativo da criança;</li></ul>

<p><b>6-11 Anos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Livros sobre o corpo humano;</li> <li>➤ Livros com diferentes temáticas;</li> <li>➤ Bolas anti-stress;</li> <li>➤ Jogos: puzzles e quebra cabeças;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulação para a realização de atividades lúdicas;</li> <li>- Uso de técnicas de distração;</li> <li>- Utilização de técnicas de relaxamento através da contração e descontração progressiva dos membros;</li> <li>- A utilização de livros sobre corpo humano permite a criança e o jovem visualizarem as zonas do corpo envolvidas nos procedimentos e de como os órgãos funcionam;</li> </ul>
<p><b>11-18 Anos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Livros com diferentes temáticas;</li> <li>➤ Bolas anti-stress;</li> <li>➤ Jogos: puzzles e quebra cabeças;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulação para a realização de atividades lúdicas;</li> <li>- Utilização de técnicas de relaxamento através da contração e descontração progressiva dos membros;</li> <li>- Uso de técnicas de distração;</li> </ul>



## 1.2. Caixa da Brincadeira - Fotos

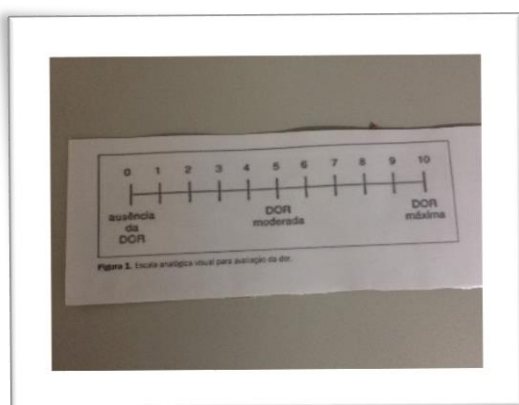


## 2. KIT PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA

### 2.1. Tabela da lista de material

CHECK LIST DO MATERIAL	
Boneca	
Touca cirúrgica	
Mascara cirúrgica	
Luvas	
Bata Cirúrgica	
Seringa de 2ml	
Pensos pequenos	
Sistema de soros	
Ligadura	
Garrote	
EMLA	
Cateter venoso periférico	
Escalas de Avaliação da DOR (Escala de Faces WONG -BAKER e Escala Numérica)	
Eléttodos	
Livro “Anita no Hospital”	

## 2.2. Kit de Preparação para a Cirurgia - Fotos



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In: M. J. Hochenberry & D. Wilson (Coords). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, (pp. 122-187). Loures: Lusociência;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica –Volume II*. Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos enfermeiros;
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência;

## **APÊNDICE XII**

Folheto: “O meu filho vai ser operado! E agora?”

### Recomendações importantes:

- Informe a equipa de enfermagem sobre (qual) a melhor forma de acalmar o seu filho e as suas preferências;
- O seu filho pode ter o seu pijama, roupa, chinelos, meias e roupa interior;
- Se possível traga um objeto preferido do seu filho/a;
- Pode trazer livros, jogos, música e brinquedos;
- O seu filho irá permanecer **algumas horas em jejum**. A equipa de enfermagem **irá mantê-lo informado do tempo necessário**, durante o mesmo o seu filho/a irá ter soro em curso;
- Poderá sempre permanecer junto do seu filho até ele entrar no Bloco Operatório e logo que saia da cirurgia. Poderá consultar o DESPACHO Nº 6668/2017, se tiver dúvidas quanto à sua permanência junto do seu filho no Bloco Operatório.

**Se tiver alguma dúvida questione o Enfermeiro**



Elaborado por Ana Santos, aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Sob a orientação de \_\_\_\_\_ e da Professora Doutora Paula Diego.

Revisão: Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. São I. Lisboa: F. Torres; J. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; Vilas, J., Diego, P., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2017). *Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional*. In P. Diego (coord.), *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (p. 45-76). Lisboa: LUSCIDIFACT.

Estamos disponíveis para ajudar e esclarecer qualquer dúvida e tudo faremos para que a permanência do seu filho neste Hospital seja o menos traumática possível.

Os profissionais de saúde encontram-se disponíveis e presentes ao longo das 24h. Sempre que necessitar de ajuda ou sempre que tiver dúvidas não hesite em solicitar a nossa colaboração.

### CONTACTOS



### O MEU FILHO/A PRECISA DE CIRURGIA. E AGORA?



**LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO**  
Piso 2





### Quais os medos mais comuns que pode esperar observar no seu filho/a

É natural que as crianças sintam alguns medos. É normal ele sentir medo da **lesão corporal, da dor, de um meio ambiente estranho, da anestesia e da própria cirurgia**. Esses medos podem ser exteriorizados através de manifestações como :

- Rir;
- Chorar;
- Silêncio;
- Agitação.



É importante que o seu filho aprenda a lidar de forma positiva com o medo; primeiro conhecendo-o e tomando consciência dele e, posteriormente, encontrando estratégias para o dominar.

#### Como pode ajudar o seu filho/a?

- Explique que é normal ter medo;
- Ajude-o a compreender as razões que o levam a ter medo;
- Valorize-o por ser capaz de dominar os próprios medos;
- Dê informações ajustada à compreensão criança.

### O que é a anestesia?



Conjunto de medicações que serão administradas ao seu filho para que durma, não sinta e não se recorde da cirurgia. Dependendo da idade do seu filho (3-6 anos) pode explicar-lhe que a **anestesia** é um **cheirinho que faz sono**.



### O que vai acontecer ao seu filho depois da cirurgia:



O seu filho/a irá ao bloco operatório e posteriormente poderá ter de vir realizar o recobro da cirurgia aqui no SOPed. Após o tempo de recobro será transferido para um serviço de internamento ou poderá ainda ter alta nesse mesmo dia. Caso tenha alta iremos fornecer todas as informações necessárias sobre os cuidados que deverá ter no domicílio.

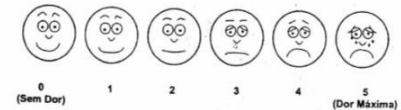
### E se o seu filho tiver dor?

Antes e depois da cirurgia será administrada medicação analgésica ao seu filho/a para que não tenha dor. É importante que treine com ele a **escala de avaliação da dor** para que os profissionais de saúde compreendam qual o nível de dor do seu filho.

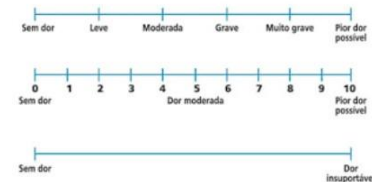
Para além da medicação analgésica pode também **utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor** como:

- técnicas de distração;
- posicionamento de conforto.
- carinho e tranquilidade

#### ESCALA DE FACES WONG-BAKER:



#### ESCALA NUMÉRICA:



## **APÊNDICE XIII**

Estudo de Caso: Preparação da Criança/Família à Luz  
do Modelo de Sistemas de Betty Neuman



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**UNIDADE CURRICULAR: Estágio com relatório**

**Estudo de Caso: Preparação da Criança/Família à Luz do  
Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

**Discente:**

Ana Catarina Miranda Santos nº7325

Contacto: [ana.c.santos@campus.esel.pt](mailto:ana.c.santos@campus.esel.pt)

**Docente Orientador:**

Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**2017/2018**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>1. HISTÓRIA DE SAÚDE .....</b>	<b>4</b>
1.1 Identificação e informações gerais .....	4
1.2 Avaliação do desenvolvimento .....	4
1.3 Enquadramento Familiar e Social .....	5
1.4 Antecedentes pessoais e familiares .....	5
1.5 História de Saúde atual.....	6
<b>2. A CONSULTA DE PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA .....</b>	<b>8</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>14</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>15</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito do contexto de estágio da Consulta de Preparação para a Cirurgia, senti necessidade de realizar um estudo de caso tendo como objetivos a apropriação de conceitos relativos ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman e o aprofundar de conhecimentos relacionados com as estratégias de gestão emocional do medo durante a consulta de preparação para a cirurgia.

A evidência científica demonstra ganhos em saúde com a preparação psicológica do sistema criança-família no período pré-operatório, revelando-se eficaz na diminuição do medo perante os *stressores* associados à hospitalização e à cirurgia e na diminuição das complicações do período pós-operatório (Hosey *et al.*, 2014). Teixeira e Figueiredo (2009) acrescentam ainda que as intervenções realizadas neste período de pré-operatório demonstram mudanças no comportamento da criança face ao medo existindo a minimização do mesmo.

Uma visão holística do sistema criança-família conduz a uma intervenção individualizada por parte do enfermeiro. O modelo dos sistemas de Betty Neuman articulado com a filosofia dos cuidados centrados na família demonstra que a criança e família é perspectivada como um todo, que se encontra em constante interação com o ambiente, valorizando desta forma todas as variáveis (fisiológica, psicológica, espiritual, desenvolvimento e sociocultural) que influenciam a criança e família de forma positiva ou negativa e tem como objetivo atingir o máximo de bem-estar do sistema, sendo para isso necessário o enfermeiro estabelecer uma parceria de cuidados com a criança e família (Neuman & Fawcett, 2011). Segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman os *stressores* são descritos como forças ambientais que interagem com o sistema (criança e família) e que alteram a estabilidade do mesmo (Alligood & Tomey, 2004). Podendo os mesmos ser de origem intrapessoais, interpessoais ou de origem extrapessoais. A invasão dos *stressores* nas linhas de defesa do sistema (linha de defesa flexível, linha normal de defesa e linha de resistência) durante o processo cirúrgico e a hospitalização irá ter impacto no sistema, podendo alterar a sua estabilidade.

A escolha do sistema criança-família teve como critérios a escolha de uma criança em idade escolar que recorresse à Consulta de Preparação para a Cirurgia durante o contexto de estágio.

Os dados que seguidamente se encontram descritos foram obtidos através da entrevista, da brincadeira terapêutica e observação durante a consulta (fontes diretas) e também pela consulta do processo clínico (fontes indiretas).

O estudo de caso encontra-se dividido em introdução, história de saúde, consulta de preparação para a cirurgia (*stressores* identificados e plano de cuidados) e por fim as considerações finais.

## **1. HISTÓRIA DE SAÚDE**

### **1.1 Identificação e informações gerais:**

- Nome: I.M.B.S.
- Nome preferido: I.
- Sexo: Feminino
- Data nascimento: 04-10-2007 (10 anos)
- Escolaridade: Frequenta o 5º ano
- Raça: Caucasiana
- Agregado familiar: pais e três irmãos sendo que coabita apenas com os pais e a irmã de 21 anos.
- Religião: Católica não praticante
- Nacionalidade: Portuguesa
- Sistema de saúde: Sistema Nacional de Saúde
- Pessoa significativa: M. – mãe e C. – pai
- Alergia: Chocolate

### **1.2 Avaliação do desenvolvimento**

Segundo a teoria do desenvolvimento Cognitivo de Piaget, a I. encontra-se no estágio das operações concretas, ou seja, é capaz de utilizar os seus processos de pensamento para resolver problemas concretos e também nomeadamente identificar o conceito de saúde e doença. Assim, após apresentar-me à I. e aos pais questionei a mesma se ela sabia o porquê desta consulta e o que sabia sobre a sua doença.

Relativamente ao desenvolvimento Psicossocial de Erikson, a criança com 10 anos encontrasse a vivenciar o estágio de Indústria vs inferioridade. Sendo que neste estágio a criança tem um desejo em envolver-se em atividades que seja capaz de terminar e encontrasse ansiosa por desenvolver novas competências, contudo o insucesso no desempenho de novas atividades ou a comparação com os outros (outros pares ou irmãos), insinuando que a criança é pior que o outro pode conduzir a um sentimento de inferioridade (Rodgers, 2014). Durante a consulta a I. foi referindo situações sobre os colegas da escola e sobre as novas aprendizagens do ano letivo, sendo passível de se observar um sentimento de bem-estar em relação à escola e

aos seus pares, referindo que depois da sua ausência tinha medo de não perceber a matéria lecionada.

### **1.3 Enquadramento Familiar e Social**

A I. encontra-se inserida numa família nuclear tradicional, vive com os pais e uma irmã. Segundo Hockenberry (2014) esta estrutura familiar é caracterizada por crianças que residem com os seu pais e irmãos biológicos, não se encontrando a residir na mesma casa pessoas não pertencentes ao agregado familiar.

O sistema criança-família encontra-se no estágio de desenvolvimento IV, segundo os estádios de Desenvolvimento Familiar de Duvall. Sendo este estágio caracterizado por existência de criança em idade escolar na família, em que deverá ocorrer um ajustamento por parte dos pais em relação à influência da escola e dos pares na criança. É inclusive neste estágio que as crianças desenvolvem relações com os seus pares (Hockenberry, 2014).

Apesar de ter mais irmãos a I. só falou da sua relação com a irmã com quem ainda reside.

A I. refere que gosta de frequentar a escola, encontrando-se no 5º ano de escolaridade, e que inclusive já tinha desenvolvido novas amizades na sua turma. Segundo a mesma e confirmado pelos pais a I. utiliza o telemóvel como meio de socialização com os seus pares quando não está na escola.

### **1.4 Antecedentes pessoais e familiares**

Os pais da I. referem não terem história de doenças conhecidas.

A I. tem como antecedente pessoal de saúde uma neoplasia benigna do osso da mandíbula. As neoplasias benignas e malignas da estrutura óssea da cavidade oral podem ter origens variadas. Contudo as neoplasias benignas apresentam um desenvolvimento lento e são bem definidas não ocorrendo uma invasão das estruturas vizinhas (Rocha, Oliveira & Souza, 2006).

## 1.5 História de Saúde atual

O sistema criança-família foi encaminhada para a Consulta de Preparação para a Cirurgia após ter sido realizada a marcação da cirurgia eletiva para excisão da lesão dentária da mandíbula e extração dentária no dia 12-01-2018.

A colheita da história atual de saúde foi realizada com recurso a estratégias como a brincadeira terapêutica, a observação direta e a entrevista.

Ao longo da consulta e tal como já referido anteriormente foi identificado que a I. apresenta um discurso adequado à idade e ao seu estágio de desenvolvimento. Não apresentando alterações na comunicação, acuidade visual ou auditiva.

Segundo os pais e a mesma referem ter uma dieta variada, sendo que quando questionada a I. refere que os seus alimentos preferidos são iogurtes e leite simples.

Aquando da observação da cavidade oral, esta apresentava-se cuidada, tendo os pais referido que a filha realiza a higiene oral apenas duas vezes por dia (manhã e noite).

A pele e mucosas encontravam-se coradas e hidratadas. Apresentando um aspeto cuidado. A I. refere gostar de tomar banho no final da tarde.

Não apresenta alterações no padrão da eliminação. Apresenta um padrão de eliminação intestinal regular.

Quando questionados em relação ao sono, referem que a I. tem um padrão de sono regular deitando-se por volta das 22:00.

Durante a consulta, e com base nos princípios dos cuidados não traumáticos foi realizada a colheita da história de dor da I. utilizando para isso a escala numérica de autoavaliação da dor. A capacitação do sistema criança-família no período do pré-operatório para a gestão adequada da dor através da instrução, treino e validação não só da escala de autoavaliação da dor, mas também das estratégias não farmacológicas de alívio da dor conduz a uma gestão adequada da dor no período do pré-operatório. Segundo Batalha (2010) o ensino da escala de autoavaliação da dor deve ser realizado em situações em que a criança não sinta dor ou se encontre sobre *stress*. Assim foi realizada a colheita da história da dor no final da consulta pois a I. já se encontrava familiarizada não só com o ambiente da consulta, mas também comigo e com a enfermeira orientadora.

Expliquei o funcionamento da escala numérica de autoavaliação da dor à I. e aos pais e solicitei que a mesma a utilizasse para quantificar o nível da dor em experiências de dor. Assim a I. refere sentir dor 7 quando tem odontalgias, dor 5

durante a administração de vacinas e dor 3 durante a realização do procedimento de punção venosa para colheita de amostra de sangue. Durante a colheita da história da dor a I. referiu *que ajuda pensar em coisas boas para se distrair da dor* (estratégia não farmacológica de alívio da dor - distração). Quando questionados os pais acerca das estratégias farmacológicas que utilizam para o alívio da dor referiram que administram paracetamol no domicílio.



## 2. A CONSULTA DE PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA

Ao longo da consulta foi possível identificar diversos *stressores* que podem invadir as linhas de defesa do sistema, podendo assim alterar a estabilidade do mesmo. Entendendo a saúde como a estabilidade ótima do sistema num dado momento, irá ser necessária a intervenção do enfermeiro para fortalecer os mecanismos adaptativos ou diminuir os fatores *stressores* para que o sistema atinja novamente o máximo de saúde/bem-estar. Para isso é necessária uma intervenção de enfermagem ao nível dos três níveis de prevenção, levando assim a uma prevenção da desadaptação, restabelecimento da adaptação e manutenção da adaptação. Como exemplos de intervenções de enfermagem destaca-se: a preparação pré-operatória (prevenção primária), o controlo das manifestações do medo da criança e família (prevenção secundária) e capacitação dos pais (prevenção terciária) (Neuman & Fawcett, 2011).

Tendo em vista os *stressores* identificados durante a realização da Consulta de Preparação para a Cirurgia elaborei a Tabela I em que se encontra descrito os *stressores* identificados segundo a sua origem e a Tabela II que corresponde à elaboração de um plano de cuidados.

**TABELA 1 – Stressores identificados**

<b>Stressores</b> <b>Variáveis</b>	<b>Intrapessoais</b>	<b>Interpessoais</b>	<b>Extrapessoais</b>
<b>Fisiológica</b>	- Medo da lesão corporal;	-	-
<b>Psicologia</b>	-Experiências dolorosas anteriores; - Medo da dor - Perda de controlo da autonomia;	- Défice conhecimento sobre o processo cirúrgico;	- Medo face o desconhecido
<b>Sociocultural</b>	- Alteração das rotinas diárias da criança e família durante a hospitalização;	-	- Distância familiar irmã
<b>Desenvolvimentista</b>	-	-	-
<b>Espiritual</b>	-	-	-

**Tabela 2 - Plano de cuidados**

FENÓMENO	DIAGNOSTICO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<b>Autocontrole: Medo</b>	<b>Aprendizagem de capacidades sobre o autocontrole: Medo não demonstrado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar autocontrole: medo;</li> <li>• Identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes;</li> <li>• Otimizar comunicação com a criança e família;</li> <li>• Encorajar a comunicação expressiva das emoções da criança e família;</li> <li>• Encorajar a criança na identificação de fatores precipitantes;</li> <li>• Encorajar família a identificar os fatores precipitantes;</li> <li>• Encorajar autocontrole: medo;</li> <li>• Promover o envolvimento da família;</li> </ul>	Espera-se que o sistema criança-família no final da consulta tenha expressado os seus medos e que tenha identificado estratégias de gestão emocional do medo;	A l. e os pais conseguiram exprimir os seus medos (dor, da separação, do desconhecido) e em conjunto foram identificadas e utilizadas durante a consulta estratégias de gestão dos mesmos;

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar o suporte familiar;</li> <li>• Escutar a família;</li> <li>• Escutar a criança;</li> <li>• Explicar os procedimentos à criança e família;</li> <li>• Instruir estratégias de gestão emocional do medo;</li> <li>• Treinar estratégias de gestão emocional do medo;</li> </ul>		
<b>Dor</b>	<b>Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor não demonstradas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar material de leitura sobre a dor (entrega de material informativo);</li> <li>• Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor;</li> <li>• Validar conhecimento sobre estratégias não</li> </ul>	<p>Espera-se que a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreenda e utilize a escala de avaliação da dor;</li> <li>- Identifique estratégias de não farmacológicas de alívio da dor (exemplo a distração, imaginação guiada);</li> </ul>	<p>A I. no final da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreendia e utilizava de forma correta a escala de Avaliador Numérica de avaliação da dor;</li> <li>- Identificava estratégias não farmacológicas de</li> </ul>

		farmacológicas para o alívio da dor; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar técnica de relaxamento;</li> <li>• Treinar técnica de relaxamento;</li> <li>• Ensinar sobre Escala de Avaliação da dor (Escala numérica);</li> <li>• Treinar Escala de Avaliação da dor (Escala numérica);</li> </ul>	- Consiga executar a técnica de relaxamento;	alívio da dor (distração);
	<b>Conhecimento dos pais sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor não demonstrados;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar material de leitura sobre a dor (entrega de material informativo);</li> <li>• Encorajar o envolvimento da família;</li> <li>• Ensinar os pais sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor;</li> <li>• Validar conhecimento dos pais sobre</li> </ul>	Espera-se que no final da consulta os pais: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreendam e saibam utilizar a escala de avaliação da dor;</li> <li>- Identifiquem estratégias não farmacológicas de alívio da dor (exemplo distração, imaginação guiada);</li> </ul>	No final da consulta os pais sabiam utilizar a Escala de Avaliação da dor utilizada durante a consulta e sabiam identificar pelo menos uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor (distração);

		<p>estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar técnica de relaxamento aos pais;</li> <li>• Ensinar sobre Escala de Avaliação da dor (Escala numérica);</li> </ul>	-Saibam executar a técnica de relaxamento;	
<b>Conhecimento</b>	<b>Conhecimento sobre o pré-operatório e pós-operatório não demonstrado;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validar conhecimento existente sobre o pré-operatório e pós-operatório;</li> <li>• Instruir sobre o pré-operatório e pós-operatório, recorrendo à manipulação de material hospitalar, visualização de fotos do circuito peri-operatório e entrega de material de leitura reforçando informações importantes</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> </ul>	Espera-se que no final da consulta a criança se encontre esclarecida sobre o pré-operatório e pós-operatório;	Conhecimento demonstrado sobre o pré-operatório e o pós-operatório no final da consulta;

<p><b>Conhecimento</b></p>	<p><b>Conhecimento dos pais sobre o pré-operatório e pós-operatório não demonstrado;</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validar conhecimento existente sobre o pré-operatório e pós-operatório;</li> <li>• Instruir sobre o pré-operatório e pós-operatório, recorrendo à manipulação de material hospitalar, visualização de fotos do circuito peri-operatório e entrega de material de leitura reforçando informações como jejum pré-operatório, cuidados de higiene, dieta no pós-operatório e principais cuidados após a cirurgia;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> </ul>	<p>Espera-se que no final da consulta os pais se encontrem esclarecidos sobre o pré-operatório e pós-operatório;</p>	<p>Conhecimento demonstrado sobre o pré-operatório e o pós-operatório no final da consulta;</p>
----------------------------	--	--	--	---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo de caso revelou-se uma mais valia no meu desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem conduzindo-me à compreensão da importância de uma abordagem holística na preparação do sistema criança-família para a cirurgia.

A utilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman como referencial teórico e o recurso à evidência científica na realização deste estudo de caso permitiu a apropriação de novos conceitos, mas também o aprofundamento de conhecimentos sobre estratégias de gestão emocional utilizadas no sistema-criança e família durante o período pré-operatório.

Durante a consulta de enfermagem e através da entrevista de avaliação inicial e da brincadeira terapêutica foi possível identificar os *stressores* que poderiam levar ao desequilíbrio do sistema focando assim as minhas intervenções ao nível da prevenção primária, desenvolvendo estratégias que pudessem fortalecer as linhas de defesa do sistema criança-família.

Existiram, no entanto, algumas dificuldades na realização desta consulta e consequentemente na elaboração deste estudo de caso. O facto do contacto com a criança e família ser curto não permite aprofundar alguns aspetos da dinâmica e da relação familiar, sendo esse um dos motivos para não ter elaborado um ecomapa e genograma familiar. Considero ainda uma limitação não existir uma maior interligação entre o enfermeiro que realiza a consulta pré-operatória e a equipa de enfermagem do serviço que vai receber o sistema criança-família no dia da cirurgia, uma vez que quem irá acolher este sistema não estabeleceu ainda com este uma relação de proximidade e de confiança.

## BIBLIOGRAFIA

- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra – modelos e teorias de enfermagem* (5ªEd). Loures: Lusodidacta.
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. (2). 73-80.
- Boles, J. (2016). Preparing Children and Families For Procedures or Surgery. *Pediatric Nursing*. 42 (3). 147-149.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ ICNP): Versão 2. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros
- Hockenberry, M. (2014). A Influencia da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 49-71). Loures: Lusociência.
- Hosey, M., Donaldson, A., Huntington, C., Lioffi, C., Reynolds, P., Alharati, R. & Newton, J. (2014). Improving access to preparatory information for the children undergoing general anaesthesia for tooth extraction and their families: study protocol for a Phase III randomized controlled trial. *BioMedCentral*. doi:10.1186/1745-6215-15-219
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. Boston: Pearson
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Série I, volume II, Número 3*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Rocha, D., Oliveira, L. & Souza, L. (2006). Neoplasias Benignas da Cavidade Oral: Estudo Epidemiológico de 21 anos (1982-2002). Jan-abril. 18 (1). 53-60.
- Rodgers, C. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Escolar e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp.683-783). Loures: Lusociência.
- Teixeira, E. & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista de Enfermagem Referência*. (9). 7-14.



## **APÊNDICE XIV**

Jornal de Aprendizagem: Cuidar do sistema RN-Família na UCIN à luz do  
Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**UNIDADE CURRICULAR: Estágio com relatório**

**Jornal de Aprendizagem: Cuidar do sistema RN-Família na UCIN à  
luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica**

**Discente:**

Ana Catarina Miranda Santos nº7325

Contacto: ana.c.santos@campus.esel.pt

**Docente Orientador:**

Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**2017**

## DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

*Durante o turno da manhã, após a passagem de turno fui com a enfermeira orientadora observar os recém-nascidos a quem teríamos de prestar cuidados e em especial o S., um recém-nascido pré-termo que iria ser submetido a cirurgia durante o período da manhã.*

*Ao chegar junto da incubadora do S. pude observar que a mãe já se encontrava junto dele. Cumprimentei-a dizendo “Bom dia” e apresentei-me. A enfermeira orientadora por já conhecer a mãe cumprimentou-a e questionou se tinha algumas dúvidas / questões sobre o que iria acontecer, tendo a mãe referido que já lhe tinha sido explicado tudo e que não tinha questões.*

*Após esta breve interação a mãe ficou em silêncio a olhar fixamente para o S. e começou a chorar, a enfermeira nesse momento colocou a sua mão sobre o ombro da mãe olhando-a com um olhar meigo e mantivemo-nos em silêncio até a mãe ter dado sinal que queria falar.*

*Quando se sentiu preparada para falar referiu, olhando para a enfermeira orientadora que tinha medo que pudesse acontecer algo durante a cirurgia, “Ele é tão pequenino e tão frágil”. Nesta altura a enfermeira confortou-a e disse-lhe que ele era um pequeno lutador que já tinha vencido algumas batalhas até aquele momento. A mãe confirmou que era verdade que tinha ali um pequeno grande guerreiro e que ele iria vencer mais esta batalha. No tempo que estive junto da mãe pude observar que a incubadora tinha colado na parte de fora um cartão com o nome do S. com uns desenhos.*

*Após este momento de interação com a mãe fomos observar os restantes recém-nascidos. Neste período transmiti à enfermeira orientadora que não sabia como abordar e preparar esta mãe para o processo cirúrgico, pois senti na abordagem que tínhamos tido que como era a primeira vez que contactava com ela, e eu era uma cara desconhecida, ela não confiava em mim. Então a enfermeira orientadora EESCJ referiu que existem alguns pais que, como os filhos se encontram hospitalizados durante um longo período e já existe uma relação de confiança estabelecida com os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos, têm renitências e desconfiam dos cuidados que possam ser prestados por outros enfermeiros que para eles sejam “novos”.*

*Às 11:00 tocou o telefone do balcão de enfermagem, tinha chegado o momento de levar o S. para a cirurgia. Preparámos todo o material necessário antes de nos*

*aproximarmos da unidade do S. e quando tudo se encontrava preparado dirigimo-nos à unidade onde se encontrava a mãe e o S.. Ao aproximarmo-nos, a mãe compreendeu que estava no momento de levar o S. e começou novamente a chorar, mas nesse momento fez um pedido, “Por favor podem levar esta pulseirinha na incubadora até ele entrar na cirurgia, é para o proteger”. A enfermeira orientadora assentiu ao pedido colocando a pulseira junto do S., tendo nesse momento a mãe feito uma festinha na cabeça do S. ao mesmo tempo que dizia que o amava muito.*

*Após transferirmos o S. para o bloco operatório, encaminhámos a mãe para uma pequena sala de espera que se encontrava decorada não só com desenhos nas paredes, mas também com um quadro com fotos de recém-nascidos que tinham sido internados na UCIN e que posteriormente os pais tinham enviado fotos deles já em casa. Quando saímos de junto da mãe a enfermeira deu-lhe um abraço e referiu que se precisasse de alguma coisa ela estava ali mesmo ao lado.*

## **PENSAMENTO E SENTIMENTOS**

O risco de vida e a instabilidade hemodinâmica são uma constante nas Unidade de Cuidados Intensivos. É imperativo que o enfermeiro seja “um alicerce sólido e complexo de conhecimentos, competências técnicas e emocionais para fazer frente a situações que depressa se alteram” (Machado, 2016, p. 402).

O meu percurso profissional tinha sido sempre trilhado por serviços de internamento nunca tendo existido a possibilidade de trabalhar ou experienciar as vivências de uma Unidade de Cuidados Continuados Neonatais.

A fragilidade do S., associado à emocionalidade da mãe face ao momento que estava a vivenciar, levaram-me a experienciar um sentimento de insegurança face à maneira como abordar esta mãe e como conseguir ajudá-la a gerir esta situação emocionalmente intensa, senti a necessidade de primeiro gerir as minhas próprias emoções para posteriormente conseguir gerir as emoções vivenciadas por esta mãe. Segundo Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas (2014) existe uma necessidade de o enfermeiro que cuida deste sistema recém-nascido - pais compreender as suas emoções para conseguir posteriormente gerir as emoções vivenciadas pelo sistema.

Ao observar a enfermeira orientadora durante esta situação pude, no entanto, identificar diversas estratégias utilizadas pela mesma e que se encontram inscritas no Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

A reflexão e partilha desta situação com a enfermeira orientadora contribuiu não só para a gestão da minha própria emocionalidade mas também para a melhoria dos meus cuidados.

## **AVALIAÇÃO, ANÁLISE E CONCLUSÃO**

O impacto emocional de ter um filho numa Unidade de Cuidados Intensos Neonatais é incalculável, sendo que os pais exibem desde o primeiro contacto sinais de *stress* tais como serem incapazes de processar toda a informação transmitida pedindo posteriormente para repetir alguma das informações já transmitidas; sentimentos de incapacidade de ajudar o seu filho; irritabilidade entre outras (Boxweel, 2010). Existe uma necessidade de os enfermeiros ajudarem as famílias a lidar com os *stressores* associados à hospitalização do recém-nascido em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, mobilizando ou desenvolvendo mecanismos para a gestão desta situação, com elas, contribuindo para atenuar esta experiência emocionalmente perturbadora (Boxweel, 2010; Diogo, 2015).

O Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem define 5 categorias major sendo elas promover o ambiente seguro e afetoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para o cuidar nos enfermeiros (Diogo, 2015). Ao longo da situação descrita pude observar a enfermeira orientadora a mobilizar estratégias das diferentes categorias do trabalho emocional auxiliando a mãe a vivenciar este momento emocionalmente intenso.

A construção da relação terapêutica é realizada ao longo do tempo, tendo a enfermeira orientadora já trilhado os primeiros passos nessa relação.

Na construção da relação terapêutica é fundamental o enfermeiro gerir as suas emoções para que consiga estabelecer uma comunicação eficaz e potenciar o desenvolvimento parental (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Sendo este o primeiro contacto que tive com esta mãe, e ainda não sendo detentora de um saber especializado e profundo sobre o recém-nascido prematuro internado na Unidade de Cuidados Intensivos conduziu a sentimentos de insegurança indo ao encontro do descrito na literatura, que reforça a necessidade de um nível de intervenção especializado por parte dos enfermeiros face ao internamento do recém-nascido (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri & Erdmann, 2014).

Também o sentimento desconfiança desta mãe nos meus cuidados acentuou o meu sentimento de insegurança. Existiu a necessidade de partilha e reflexão desta experiência com o intuito de na próxima oportunidade sentir-me mais segura e transmitir essa segurança à mãe do S.. Segundo Diogo (2015) a análise e partilha de experiências e sentimentos constituem-se como estratégias na regulação da disposição emocional para o cuidar, nos enfermeiros.

Na situação descrita é possível identificar componentes do trabalho emocional mobilizadas. O cumprimentar e o ambiente físico do serviço (fotografias de doentes antigos num poster na parede, boneco na incubadora) são ações inscritas na promoção de um **ambiente seguro e afetivo** e que pretendem facilitar a adaptação à experiência do processo de doença vivido pela mãe.

O olhar meigo, sorriso o toque foram estratégias utilizadas pela enfermeira orientadora na interação com a mãe e que são entendidas como uma dádiva de afeto planeada com o objetivo de aliviar o sofrimento do outro. Segundo Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-homens & Diogo (2010, p. 80) “o afeto expressa-se de inúmeros modos nos cuidados de enfermagem, verificando-se especial em contexto pediátrico na perspetiva das crianças e dos jovens, dos pais e dos enfermeiros”, desta forma, **nutrir os cuidados com afeto** contribui para transformar positivamente a emocionalidade do sistema recém-nascido - mãe perante a hospitalização, sentindo-se este apreciado e aliviando o sofrimento, constituindo-se ainda um meio de desenvolvimento da relação de confiança com o enfermeiro (Diogo, 2015).

Watson (2002) citada por Diogo, Baltar & Prudêncio (2016, p.1632) referem que “a ciência do cuidar não pode estar desligada ou ser indiferente às emoções”, os mesmos autores referem que os conceitos de cuidar, afeto e dimensão emocional do cuidar encontram-se todos relacionados. Assim, é impossível prestar cuidados sem afeto, correndo o risco de apenas realizarmos atos frios e mecânicos.

Segundo Diogo (2015) os enfermeiros encontram-se conscientes das vivências emocionalmente intensas dos clientes, ajudando os mesmos a arranjar mecanismos que permitam gerir esta emocionalidade. Existem, no entanto, fatores facilitadores da **gestão das emoções** tais como ter acesso prévio à informação sobre o estado emocional dos clientes; o saber experiencial dos enfermeiros sobre a vivência da hospitalização, sendo que neste saber experiencial estão englobados a experiência profissional e a pessoal da parentalidade; a sensibilidade vigilante dos enfermeiros

participantes e a partilha de informações/ observações sobre aspetos emocionais dos clientes.

A enfermeira orientadora demonstrou uma sensibilidade para a gestão emocional de antecipação e das emoções reativas através da sua postura calma, do espaço fornecido à mãe para expressar as suas emoções, de explicar e esclarecer dúvidas sobre a cirurgia, de fomentar da esperança, de mostrar disponibilidade e de colocar-se ao lado da mãe.

Ao viver uma experiência emocional intensa é fácil os clientes projetarem essa vivência na relação com os enfermeiros, tendo eles que procurar a estabilidade na relação e investir no envolvimento emocional com o cliente, procurando gerir esse relacionamento de forma a construir a estabilidade na relação no continuum do tempo (Diogo, 2015). A construção da estabilidade da relação implica o enfermeiro ter em conta o envolvimento emocional, a gestão de episódios conflituosos e o equilíbrio de poderes (empowerment) (Diogo, 2015). Existindo já uma relação de proximidade, respeito e confiança estabelecida entre a enfermeira orientadora e a mãe do S., foi possível que ela, por sentir-se à vontade, pedisse à enfermeira para levar na incubadora uma pulseirinha. Ao atender a este pedido a enfermeira orientadora demonstrou não só uma forma de fomentar a esperança, mas também um respeito pelas crenças culturais e espirituais desta mãe.

Os momentos de reflexão sobre a prática constituem-se “um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas” Santos & Fernandes (2004, p.59).

## **PLANO DE ACÇÃO**

A experiência emocional é um contínuo de interação entre o enfermeiro e o cliente, Diogo (2006, p.114) afirma que “a experiência emocional do enfermeiro caracteriza-se pelo reconhecimento das suas próprias emoções e sentimentos no seu cuidar, pelo conjunto de emoções e sentimentos vividos e pelo misto de emoções e sentimentos que muitas vezes invadem o enfermeiro”.

A realização da reflexão sobre a experiência descrita permitiu observar a relação intrínseca entre a perícia dos enfermeiros e a gestão das emoções. Segundo Benner (2001) a gestão de emoções nos cuidados de enfermagem está intimamente ligada com a perícia dos enfermeiros, ao caminhar-se para perito tende-se a envolver-

se mais com o outro e a dar uma maior valorização às emoções vivenciadas na prática de cuidados diária. Diogo (2006) acrescenta que a gestão das emoções está relacionada com a capacidade de o enfermeiro têm em transformar a tristeza, a ansiedade ou mesmo a irritabilidade em empatia, amabilidade tendo como preocupação o cuidar do outro.

Enquanto futura enfermeira Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem ambiciono desenvolver competências no âmbito da gestão emocional conseguindo dar resposta às necessidades emocionais do sistema criança-família a quem presto cuidados.

Considero que foi importante a partilha e a reflexão com a enfermeira orientadora, devendo esta prática ser mantida em contexto de trabalho, pois constitui-se como um veículo facilitador da gestão emocional do enfermeiro.



## Bibliografia

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto;
- Boxwell, Glenys - *Neonatal intensive care nursing*. 2nd ed.. London : Routledge, cop. 2010. XXXVII, 503 p.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: formasau;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ªEd.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo,P., Baltar, P. & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grouded theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642;
- Fernandes, A., Tolerdo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 18 (2). 45-60.
- Machado, F. (2016). Ser estudante e profissional de enfermagem numa UCI pediátrica. In *cuidados intensivos Pediátrico. Olhares sobre um percurso*. Coordenação Joana reis, margarida Costa, Pedro Jacome, Teresa Candeias. P401-404. Clempsi editores: Lisboa
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S. & Diogo, P. (2010). O Lugar do Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico. *Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros*. *Pensar Enfermagem*. 14 (2). 70-81.
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M. & Erdmann, A. (2015). Perceção de país e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*.IV (4). 137-146
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*. (11). 59-62

## **APÊNDICE XV**

Sessões de Preparação do Sistema Criança-Família no  
Período Pré-Operatório

## PLANO DE SESSÃO

<b>Tema:</b> Preparação do Sistema Criança – Família no Período Pré-Operatório				
<b>Local:</b> Serviço de Cardiologia Pediátrica		<b>Data:</b>		<b>Hora:</b>
<b>Objetivo Geral:</b> Preparar a família, criança ou adolescente para o período pré-operatório				
<b>Objetivo específico:</b> - Identificar medos existentes na criança, jovem e família; - Informar sobre o período pré-operatório; - Utilizar estratégias facilitadoras da gestão emocional da criança, jovem e família em período pré-operatório;				
Conteúdos Programáticos	Métodos	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação do serviço;</li><li>• Apresentação de diapositivos sobre o pré-operatório;</li><li>• Instrução e treino da escala de avaliação da dor apropriada ao estágio de desenvolvimento,</li><li>• Fornecimento de folhetos sobre o acolhimento no serviço e a cirurgia cardíaca aos adolescentes e pais;</li><li>• Esclarecimento de dúvidas;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Expositivo</li><li>• Interativo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Computador;</li><li>• Escalas de avaliação da dor (numérica e de faces);</li><li>• Kit de preparação para a cirurgia;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 min</li><li>• 5 min</li><li>• 5 min</li><li>• 5 min</li><li>• 5min</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ana Santos</li></ul>

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DIRIGIDA A CRIANÇAS  
(PowerPoint)



# **O que trouxe o ursinho Miguel para passar os dias com os papás e os amigos enfermeiros no Hospital**



**Pijama**



**Chinelos**



**Produtos de higiene, escova de dentes**



**O brinquedo favorito**

## **No dia antes da operação o Ursinho Miguel vai ter a ajuda dos novos amigos e dos pais para:**



**Banhinho especial**



**Preparação intestinal**



**Jejum**



## **E no dia da operação...**



**Jejum**



**Preparação intestinal**



**Roupa especial**



**Banhinho especial**



**Colocar o creme mágico**

## **A caminho da sala mágica**



## **A sala mágica**



**Se o Ursinho Miguel tiver  
dúvidas ele e os pais  
podem falar com os seus  
novos amigos enfermeiros!**



**APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DIRIGIDA A ADOLESCENTES E PAIS  
(PowerPoint)**

**Vou ser operado!!**

**O que devo trazer para  
internamento**



Pijama



Chinelos



Produtos de  
higiene



Material de  
distração



## **0 Serviço de Cardiologia Pediátrica**



## **0 que vai acontecer no dia antes da cirurgia**



Preparação intestinal



Banho com um gel próprio



Iniciar jejum após indicação

## E no dia da cirurgia...



Manter jejum



Preparação intestinal



Banho com um gel próprio



Vestir a bata cirúrgica



Colocação de creme anestésico local

## A caminho do Bloco Operatório



## **O Bloco Operatório**



**Qualquer dúvida  
questione a equipa de  
enfermagem!**

## **Avaliação das Sessões de Preparação do Sistema Criança-Família no Período do Pré-Operatório**

Foram realizadas quatro sessões de preparação para a cirurgia ao sistema criança-família que iria ser submetido ao processo cirúrgico. Os sistemas criança-família selecionados compreendiam crianças e jovens com uma faixa etária entre os 2-17 anos e foram realizadas as sessões no dia anterior ao da cirurgia, por não existirem os recursos necessários à realização com uma maior antecedência, tal como é recomendado na literatura.

As sessões tiveram como objetivo identificar medos existentes e desenvolver com o sistema criança-família estratégias de gestão emocional para vivenciar o processo cirúrgico de forma positiva. Durante as sessões de preparação para a cirurgia foram transmitidas informações sobre o período pré-operatório recorrendo não só à brincadeira terapêutica, mas também à utilização de *PowerPoint*, livros e folhetos. No final de cada sessão foi realizada a demonstração, treino e validação da escala de avaliação da dor apropriada ao estágio de desenvolvimento. No fim da sessão foi criado um espaço para a verbalização de questões e expressão de sentimentos.

No final de cada sessão foi pedido ao sistema criança-família um feedback oral da sessão, sendo que a maioria considerou a sessão importante principalmente para desmitificarem o processo cirúrgico e expressarem as suas dúvidas e os seus medos. Nas crianças pude observar um interesse não só na manipulação do material cirúrgico, mas também na história da “Anita no Hospital” e no *PowerPoint* apresentado. Constatei que depois das sessões as crianças utilizavam não só a escala de avaliação da dor de forma adequada, mas também cooperavam nos cuidados e nos procedimentos realizados no período pré-operatório.

Destaco uma das sessões onde foi possível identificar de forma expressa nos pais o medo do desconhecido e da dor tendo realizado intervenções na gestão deste medo (fornecer informações sobre o pré-operatório, esclarecer dúvidas, explicar estratégias não farmacológicas de alívio da dor que poderiam ser utilizadas), como acompanhei este sistema criança-família ao longo de todo o processo cirúrgico pude observar no pós-operatório uma família capacitada para os cuidados ao seu filho. Foi verbalizado por esta o contributo positivo da sessão o período cirúrgico.